Rok XLV. Kraków 26 Maja 1906. Nr 21.

PRZEGLĄD LEKARSKI

organ Towarzystw lekarskich: krakowskiego i galicyjskiego
oraz Towarzystwa lekarzy polskich w Chicago.

Redaktor główny: **Prof. Dr Stanisław Ciechanowski.**

Z zakładu sądowo-lekarskiego c. k. Uniw. Jag. w Krakowie.

Doświadczalne przyczynki do nauki o śmierci z utonięcia.

Podał
Prof. Dr L. Wachholz.

I.

W pracy mej, wspólnej z Horoszkiewiczem (1) wykazaliśmy na podstawie 53 doświadczeń, wykonanych w różny sposób na zwierzętach, że twierdzenie Hofmanna, jakoby płyn topielny wnikał do dróg oddechowych tonącego dopiero w okresie końcowych oddechów, nie daje się nadal utrzymać, albowiem płyn ten wnika już wcześniej, mianowicie w okresie duszności, jak to stwierdzili Brouardel z Loyem. Badania nasze zachęciły Marguliesa do podjęcia ponownych doświadczeń, z których na schyłku ubiegłego roku w dwóch doniesieniach zdał sprawę.

W pierwszem z nich (2), w którem zastanawia się nad warunkami ocalenia od śmierci osób, które co dopiero utonęły, dochodzi do przekonania, że ocalenie tonących jest względnie dość łatwo możliwe, albowiem płyn topielny wnika do dróg oddechowych tonącego późno, t. j. na schyłku życia w okresie końcowych oddechów. Przy tej sposobności wspomina o wprost przeciwnych w tym względzie wynikach doświadczeń Brouardela i naszych, przyczem nadmienia, że wyniki naszych doświadczeń nie mogą być miarodajne, albowiem podjęliśmy je podobnie, jak Brouardel, na zwierzętach, u których poprzednio wykonaliśmy tracheotomię. Wskutek tracheotomii miał być u zwierząt naszych wyłączony mechanizm połykania, który wedle Hofmanna odgrywa właśnie w okresie duszności doniosłą rolę, a to tem bardziej, skoro on po upływie tego okresu mógł był wykazać „bardzo małą ilość płynu topielnego w płucach lub zupełny jego brak, a natomiast obecność jego w żołądku“. Inne zarzuty przeciw wynikom naszych badań pomija Margulies na razie milczeniem, „gdyż z powodu szczupłości miejsca mu użyczonego nie odważa się wkroczyć na niebezpieczne pole polemiki“.

W drugiej (3) swej, również zwięzłej publikacyi, wkracza już w szranki polemiczne w całej pełni, przyczem znowu, choć tylko w krótkim ustępie, zaznacza właściwy cel, do jakiego już w pierwszem doniesieniu zmierzał. Marguliesowi chodzi o wykazanie, że ocalenie od śmierci osób, które co dopiero utonęły, jest możliwe, a możliwość ta tem łatwiejsza, w im późniejszym okresie tonący wciąga do swych dróg oddechowych płyn topielny. Przy tem założeniu twierdzenie Hofmanna dlań korzystniejsze. Po wcale trafnem ujęciu objawów, spostrzeganych u tonących, w dwa tylko okresy, t. j. w okres obrony (obejmujący okres wstępny wstrzymania oddechu i okres duszności wedle Hofmanna, względnie okresy niespodzianki, wstrzymanego oddychania i głębokich oddechów wedle Brouardela, a za nim wedle mnie i Horoszkiewicza) i w okres bezbronności (obejmujący okres zamartwiczy z końcowymi oddechami Hofmanna, względnie wedle Brouardela i nas okresy zniesienia oddychania i oddechów końcowych), zaznacza, że im wcześniej i bardziej będzie w danym razie okres obrony upośledzonym w swych objawach, lub też całkiem zniesiony, tem wcześniej i w większej ilości wtargnie płyn topielny do dróg oddechowych tonącego. Brak możliwości i środków obrony, a do nich zalicza Margulies, zdaniem jego przez nikogo jeszcze dotąd nie uwzględniany mechanizm połykowy (sprzeciwia się tu sobie, gdyż w poprzedniem doniesieniu powoływał się w tym względzie na zdanie Hofmanna, uwzględniające właśnie akt połykania), musi w zupełności wyjaśnić wcześniejsze wnikanie płynu topielnego do dróg oddechowych w naszych doświadczeniach.

Ażeby się w sposób stanowczy przekonać, które z twierdzeń co do czasu wnikania płynu do dróg oddechowych, twierdzenie Hofmanna, czy Brouardela i nasze, jest słuszne, wykonał Margulies cztery doświadczenia na królikach tego samego miotu i to w sposób następujący: obciążywszy królikowi tylne odnóża ciężarem 2 kg., zanurzał go w wodzie, wypełniającej basen. Trzy króliki wydobył z wody po ustaniu końcowych ruchów oddechowych, czwartego zaś zaraz po pierwszym końcowym wdechu, poczem obnażał im tchawicę, podwiązywał ją, następnie wydobywał płuca i oznaczał ich ciężar i objętość. Ponieważ ciężar tych płuc równał się sumie ciężarów wody wetchniętej i samych płuc, przeto chcąc obliczyć ciężar samej wody wetchniętej, musiał wpierw oznaczyć średni ciężar prawidłowych płuc królika. Średni ciężar prawidłowych płuc królika obliczył w stosunku do 1 kg. wagi królika na 5.978 g. Odejmując znaleziony w ten sposób ciężar prawidłowych płuc w stosunku do wagi czterech użytych do doświadczeń królików od oznaczonego zważeniem ciężaru ich płuc po utopieniu, otrzymywał ciężar zawartej w ich płucach wody. Wyniki jego 4 doświadczeń były następujące (patrz tabl. str. 384):

Powyższe doświadczenia i ich wyniki złożyły, zdaniem Marguliesa, wyraźny dowód, że płyn topielny wnika do płuc tylko w chwili ruchów oddechowych końcowych, albowiem u ostatniego królika, który mógł tylko jeden końcowy wdech wykonać w wodzie, tak mała w stosunku do poprze-

dnich ilość wody (3,69) wniknęła do płuc. Chcąc uprzedzić możliwy zarzut, że zwierzęta jego jeszcze przed nastaniem końcowych oddechów wciągnęły wodę do płuc, która jednak

	Ciężar zwierząt w gr.	Płeć	Wyjęte z wody po		Ciężar płuc w gr.	Ciężar wody w płucach w gr.	Ciężar wody w płucach na 1 kg. wagi w gr.
			minutach	oddechach końcowych			
1	2047	samiec	$3^1/_4$	6	41	29	14,5
2	2020	„	$3^1/_3$	7	43	31	15,5
3	2400	samica	3	9	46	31,5	13.1
4	2565	„	2	1	24	9	3,6

uległa wchłonięciu, starał się w czterech innych doświadczeniach stwierdzić: 1) ile płynu wogóle może wnikąć do płuc, 2) ile z niego zostaje w płucach, a 3) ile z niego ulega wchłonięciu. W tym celu wykonał doświadczenia z czteroma królikami w sposób, zastosowany przez Brouardela, a także i przez nas, mimo, że, jak Margulies zaznacza, zarzut, uczyniony sposobowi Brouardela (o wyłączeniu mechanizmu połykania przez zastosowanie tracheotomii), musi także spotkać sposób doświadczeń moich i Horoszkiewicza. Doświadczenia swe wykonywał on o tyle tylko odmiennie od naszych, że zwierzęta, które kaniulą tracheotomijną łączyły się ze zbiornikiem wody, zanurzał w basenie z wodą, przyczem poziom wody w basenie równał się, nie jak u nas, poziomowi wody w zbiorniku, połączonym z kaniulą tchawiczną. W ten sposób postępując, przekonał się, że ilość wody, wchłoniętej z płuc do krwi, wynosiła 5—7,1 cm.^{3} na 1 kg. wagi zwierzęcia. Skoro zaś zwierzęta w tych doświadczeniach musiały wobec wyłączonego mechanizmu połykania wciągać do płuc więcej wody, niż gdyby były w sposób naturalny (t. j. użyty przezeń w pierwszych 4 doświadczeniach) utopione, przeto ilość zresorbowanej w płucach wody przy naturalnem utopieniu musi być jeszcze mniejszą, a ta okoliczność stanowi ostatni dowód, że płyn topielny wnika do płuc, zgodnie z twierdzeniem Hofmanna, na schyłku życia w czasie oddechów końcowych. Tyle Margulies.

Zarzuty, czynione nam i sposób dowodzenia Marguliesa wydają się bardzo słuszne, niestety jednak tylko przy pobieżnym rzucie oka i wtedy, jeżli się nie uprzytomni całego toku doświadczeń moich i Horoszkiewicza.

Przedewszystkiem bowiem uderzyć musi ustawicznie jak motyw kierowniczy w nowoczesnej muzyce przewijający się przez obie prace Marguliesa zarzut, uczyniony już dawniej Brouardelowi przez Strassmanna, obecnie zaś nam przez Marguliesa, a usprawiedliwiany przezeń utożsamianiem sposobu, użytego przy doświadczeniach przez Brouardela, ze sposobem, a raczej sposobami, użytymi przezemnie i Horoszkiewicza. To właśnie ustawiczne utożsamianie naszego postępowania z postępowaniem Brouardela dowodzi niezbicie, że albo Margulies pracy naszej w oryginale wcale nie czytał, a tylko czerpał z jakiegoś, nie zawsze pewnego referatu, lub czytał tak niedokładnie, że pisząc swe prace i czyniąc nam zarzuty, treści jej już nie pamiętał.

Doświadczenia nasze, ujęte w cztery oddzielne grupy, wykonaliśmy w różny sposób, a to dlatego, że pragnąc rozstrzygnąć sprawę czasu wnikania płynu do dróg oddechowych, sporną w myśl twierdzeń Hofmanna i Brouardela, musieliśmy z natury rzeczy przeprowadzić część doświadczeń sposobem, użytym przez Hofmanna, a część sposobem Brouardela. Pierwsza serya naszych doświadczeń objęła 12 doświadczeń, dokonanych na kotach i psach w sposób Hofmanna, t. j. przez zanurzanie tych zwierząt we wodzie tak, iż mechanizm połykowy i wogóle nawet ruchy obronne kończyn były u nich możliwe. Już choćby tylko ta pierwsza serya doświadczeń naszych zadaje kłam uporczywemu utożsamianiu przez Marguliesa naszego sposobu, użytego w doświadczeniach, ze sposobem Brouardela. Druga i czwarta serya naszych doświadczeń, ta ostatnia z wyjątkiem jednego, były wykonane w sposób, zbliżony do sposobu Brouardela, przedewszystkiem przy pomocy tracheotomii, to też tylko te dwie serye mogą być z doświadczeniami Brouardela utożsamiane.

Ponieważ wyniki badań Brouardela już Strassmannowi wydały się mało przekonywującymi, jako uzyskane u zwierząt z przeciętą tchawicą, poczem zaraz dodaje Strassmann, że już we wczesnych okresach tonięcia łyka tonący wodę, czem niejako usprawiedliwia swój zarzut poprzedni, uczyniony wynikom doświadczeń Brouardela, przy których możność łykania wody była wyłączoną, przeto podjęliśmy z Horoszkiewiczem w trzeciej seryi doświadczenia tak wykonane, że choć zwierzęta wciągały do płuc wodę z kalibrowanego zbiornika, przecież mogły dzięki osobno w tym celu sporządzonej masce wodę tę także połykać, a więc nie był u nich wyłączony mechanizm połykowy. Zatem i te doświadczenia trzeciej seryi w liczbie dwóch (na kocie i króliku) nie mogą być utożsamiane z doświadczeniami Brouardela. Wreszcie jedno doświadczenie nasze z czwartej seryi było wykonane w ten sposób, że zwierzę (kot), wrzucone bez związania do obszernego basenu, pływało całkiem swobodnie, aż znużone utonęło z końcem 14 minuty.

To ostatnie doświadczenie było zatem najwierniejszem odbiciem całkiem prawidłowego utonięcia, jak ono zwykle się wydarza. Tak więc z uwagi na tych 15 doświadczeń wykonanych w sposób, zasadniczo różny od użytego przez Brouardela i przez nas w drugiej i czwartej grupie naszych doświadczeń, muszę uznać ustawiczne utożsamianie przez Marguliesa sposobu, użytego przez nas, ze sposobem Brouardela, jako gołosłowne i z prawdą niezgodne. Margulies zdaje się czuł, że ten zarzut, nam uczyniony, nie ostoi się, skoro w swem pierwszem doniesieniu wyraża taką obawę przed polemiką!

Jakkolwiek wyniki doświadczeń moich i Horoszkiewicza, wykonanych w znacznej części sposobem, użytym przez Hofmanna, a nadto pewnej ich części, wykonanych w sposób, przez nas obmyślony (grupa III), zatem przez nikogo dotąd jeszcze nie zastosowany, przy którym mechanizm połykowy zwierzęcia nie był wyłączony, a wreszcie wynik jednego doświadczenia (grupa IV) z utopieniem zwierzęcia w sposób naturalny, odpowiadający rzeczywistości usprawiedliwiają całkowicie i dowodzą, że płyn dostaje się do dróg oddechowych tonącego jeszcze i to przeważnie w okresie duszności, przecież wykonałem obecnie jeszcze kilka doświadczeń wedle sposobu Marguliesa. Zanim jednak przedstawię ich wynik, uważam za konieczne przejść

kolejno te dowody z poprzednich doświadczeń naszych, oraz badań innych autorów, których czterema doświadczeniami, jakie podjął Margulies, nie podobna obalić, a które stwierdzają ponad wszelką wątpliwość, iż płyn wnika do dróg oddechowych tonącego przeważnie w okresie duszności.

Zdanie, że płyn wnika do płuc tonącego już we wcześnych okresach, t. j. okresie duszności, wypowiedzieli na podstawie swych badań tak poważni, a liczni badacze, jak Mayer, Eggert, Albert Wistrand (który mimo to przyznaje jeszcze możność ocalenia tonącego), Krahmer, Doehne, Bert, Falk, dalej A. Paltauf (4), uczeń i współpracownik Hofmanna, wreszcie, pomijając Brouardela i Loye, Brückner (5). Wszyscy badacze wyżej wymienieni badali przebieg tonięcia na zwierzętach, które wśród doświadczenia miały możność połykania płynu. Miarodajnem w tym względzie jest oświadczenie Paltaufa w dziewiątym jego wniosku, wysnutym z licznych doświadczeń: „Płyn wnika do płuc w drugim (okresie duszności) i trzecim okresie (oddechów końcowych) tonięcia; na to, jako też i na ilość wody, jaka wniknęła, wpływają różne czynniki“. Brückner wykonał doświadczenia swe pod okiem Strassmanna na królikach, posługując się sposobem Hofmanna, t. j. topiąc je w rozczynie żelazosinku potasu, przyczem niektórym z nich zaciskał tchawicę przed nastaniem końcowych oddechów. Wynik tych doświadczeń skłonił go do twierdzenia, że „wnikanie płynu u królików następuje w okresie duszności“, albowiem, „że wnikanie płynu nie zależy od oddechów końcowych, wynika z tych przypadków, w których oddechy końcowe wcale się nie pojawiły, a mimo to płyn dał się w płucach stwierdzić, oraz z natury tych oddechów“. Ruchy te są, jego zdaniem, częścią ogólnych drgawek mięśniowych, a zatem i drgawek mięśni oddechowych, które albo wcale nie są zdolne wciągnąć płynu do płuc, lub w bardzo małej ilości, gdyż raz drgawki te zamykają tchawicę zapomocą nagłośni, powtóre płyn, poprzednio aspirowany do płuc, obniżył już do minimum ujemne ciśnienie w płucach.

Doświadczenia nasze, objęte pierwszą grupą, wykonane w liczbie 12 na psach i kotach sposobem Hofmanna, dowiodły, że mimo szczelnego zaciśnięcia poprzednio obnażonej tchawicy tuż przed pojawieniem się oddechów końcowych, mieścił się w płucach płyn topielny w pokaźnej ilości, przyczem obecność jego objawiała się barwą błękitną, pochodzącą od zabarwienia go poprzód znaczną ilością błękitu metylenowego. Nadto dowodziło obecności znacznej ilości tego płynu w płucach zwierząt, mimo zaciśnięcia ich tchawicy przed okresem oddechów końcowych, niemal takie samo rozcieńczenie krwi ich lewego serca, jakie dawało się stwierdzić u innych zwierząt, utopionych w ten sam sposób (t. j. Hofmanna), u których jednak tchawicy nie zaciśnięto przed okresem oddechów końcowych.

Gdy bowiem u pierwszych wynosiła różnica ciśnienia osmotycznego we krwi tętniczej przed utonięciem i po niem 0·23, to u drugich wynosiła ona 0·21—0·29. Doświadczenia nasze, wykonane w sposób Hofmanna z topieniem zwierząt w zimnej, innych zaś w ciepłej wodzie, stwierdziły słuszność dawniej już przez Seydla ogłoszonego oświadczenia, że tonący w ciepłej wodzie wciąga do płuc więcej wody, niż tonący w wodzie zimnej, albowiem gdy różnica ciśnienia osmotycznego (Δ) w krwi tętniczej przed utonięciem, a po utonięciu wynosiła u utopionych w zimnej wodzie najwyżej 0·29, to tasama różnica Δ u utopionych w ciepłej wodzie wynosiła 0·39. Większe rozcieńczenie krwi lewego serca u utopionych w ciepłej wodzie wskazywało na większą ilość wchłoniętej do krwi i do płuc wody, a stwierdzono je u zwierzęcia, które wykonało tylko dwa, średnio nasilone oddechy końcowe. Ta większa ilość wody ciepłej, wciągniętej do płuc przez zwierzę, w niej utopione, tłómaczy się zdaniem Seydla i Hofmanna całkiem słusznie tem, że woda ciepła, wnikając do dróg oddechowych tonącego, mniej je drażni, niż zimna woda, tem samem tonący nie wykrztusza jej tak szybko i tak energicznie, jak wodę zimną. Jeżeli zatem ilość większa wciągniętej do płuc wody ciepłej zależy od mniejszego, przez nią wywołanego drażnienia dróg oddechowych, to okoliczność ta może tylko tak długo mieć swój wpływ, jak długo jeszcze utrzymuje się pobudliwość dróg oddechowych tonącego. Ponieważ zaś wedle zgodnych zapatrywań wszystkich badaczy, a więc także Hofmanna (6), w okresie oddechów końcowych wszelkie odruchy, a tem samem i pobudliwość dróg oddechowych są zniesione, zatem wpływ ciepłej wody nie mógłby się wówczas w żaden sposób uwidocznić. Jeżeli się on jednak, i to w sposób tak wybitny, zaznacza, to wynika stąd, że woda wnika do dróg oddechowych jeszcze wtedy, gdy one mają zachowaną pobudliwość, zatem we wcześniejszym okresie, t. j. w okresie duszności. Do tego samego wniosku wiodą wyniki doświadczeń Seydla i naszych (I grupa), dokonanych na zwierzętach, uśpionych zapomocą chloroformu przed utopieniem.

Na tem już miejscu muszę zarazem odeprzeć zarzut Marguliesa, uczyniony nam, że w doświadczeniach naszych nie zanurzaliśmy zwierząt całem ich ciałem we wodzie. Otóż, jak już poprzednio nadmieniłem, i ten zarzut polega na zupełnej chyba nieznajomości oryginału naszej pracy, albowiem I grupa doświadczeń naszych, wykonana sposobem Hofmanna, III grupa i jedno doświadczenie IV grupy wykonane były z zupełnem zanurzeniem zwierzęcia w wodzie. Wyniki tych doświadczeń co do stopnia rozcieńczenia krwi lewego serca, a więc także co do ilości wciągniętej do płuc wody, nie różniły się niczem od wyników doświadczeń naszych, objętych II i IV grupą (z wyjątkiem pierwszego doświadczenia tej grupy), przy których zwierząt nie zanurzano całem ciałem we wodzie. Stąd wynika wniosek, podniesiony już zresztą przez Brouardela, że samo zanurzenie ciała zwierzęcia wbrew twierdzeniu Marguliesa nie wpływa na stopień rozcieńczenia krwi tętniczej i na ilość wody, wciągniętej do płuc przez kaniulę tchawiczną. Wreszcie jest także i dalszy jeszcze zarzut, uczyniony nam przez Marguliesa, bezzasadnym, mianowicie zarzut, że w doświadczeniach naszych (grupie II i IV) poziom wody w zbiorniku, połączonym z tchawicą zwierzęcia, był wyższym w chwili zaczęcia doświadczenia o 25—30 cm. od poziomu tchawicy. Jeżeli bowiem w jego doświadczeniach poziom ten był równym z poziomem wody w basenie, w którym zanurzał zwierzęta, to poziom ten wody w zbiorniku musiał zaraz w pierwszej chwili, gdy zwierzę wodę wciągało do płuc, obniżyć się poniżej poziomu wody w basenie, skąd równie dobrze mogła wyniknąć omyłka w ocenie ostatecznego wyniku. Myśmy przy naszym sposobie doświadczania omyłki tej nie stwierdzili, albowiem wyniki ostateczne

tych doświadczeń (II i IV grupa), do których powyższy zarzut Margulies a może się odnosić, były, jak już wspomniałem, zupełnie zgodne z wynikami doświadczeń naszych (I grupa i jedno doświadczenie IV grupy), których zarzut ten nie może dotyczyć.

Stopień rozcieńczenia krwi lewego serca był w jednem, na wstępie IV grupy opisanem przez nas doświadczeniu taki sam, jak w licznych doświadczeniach pierwszej grupy, t. j. różnica Δ_1 krwi tętniczej za życia, a Δ_2 krwi lewego serca zaraz po utopieniu w zimnej wodzie wynosiła w tem doświadczeniu 0·21. Skoro zatem w tem doświadczeniu, w którem zwierzę (kot), wrzucone do obszernego basenu z wodą, z początku swobodnie pływało, jako nie związane, ani ciężarami obciążone, a potem znużone utonęło z końcem 14. minuty, stopień rozcieńczenia krwi mimo tylko dwóch, i to słabych oddechów końcowych był taki sam, jak w doświadczeniach I grupy, a równał się także średniemu stopniowi rozcieńczenia krwi u zwierząt w IV grupie doświadczeń, to wynik tego doświadczenia, będącego najwierniejszem odbiciem utonięć, jakie zachodzą u ludzi, całkiem zgodny z wynikami innych wszystkich doświadczeń, dowodzi, że prawda jest po naszej stronie, t. j. że płyn wnika do płuc tonącego w okresie duszności, a nie w okresie oddechów końcowych. Wreszcie zgodnym z poprzednimi był wynik doświadczeń grupy III, w których użyte zwierzęta (kot i królik) mogły dzięki zastosowaniu umyślnie sporządzonej w tym celu maski, względnie kaniuli (w drugiem doświadczeniu), połykać wodę do żołądka wśród doświadczenia, a były one zarazem w całości zanurzone w wodzie. (C. d. n.)

Z kliniki chirurgicznej „szpitalnej“ (prof. P. I. Djakonowa) w Moskwie.

Przyczynek do techniki i kliniki ezofagoskopii.

Podał

Dr Romuald Węgłowski

docent chirurgii w Uniwersytecie moskiewskim.

(Ciąg dalszy.)

Powracając do trudności i przeszkód podczas ezofagoskopii, muszę zaznaczyć, iż w niektórych przypadkach pomimo wszelkich usiłowań rura ezofagoskopu nie daje się wprowadzić. Przeważnie spostrzegamy to u ludzi o krótkiej i grubej szyi, o długich i dobrze zachowanych zębach, dalej, u ludzi z małą ruchomością kręgosłupa, z gruźlicą tegoż itd., — wogóle zaś w tych przypadkach, gdy wyprostowanie jamy ustnej, gardła i przełyku w jedną linię jest fizycznie niemożliwe.

Liczba niepomyślnych prób ezofagoskopowania nie przewyższa 3—5%. Mnie osobiście nie powiodła się ezofagoskopia nie wyżej nad 10—12 razy.

Należy też zaznaczyć, iż dość często wprowadzenie rury nie udaje się tylko podczas pierwszej ezofagoskopii, a udaje się łatwo przy powtórnem badaniu.

Co się tyczy możliwych powikłań i niebezpieczeństw podczas, — oraz po ezofagoskopii, to śmiało mogę utrzymywać, iż ostrożne i rozważne wprowadzenie ezofagoskopu wyłącza wszelkie niebezpieczeństwo. Bezwarunkowo — nierozwaga, pośpiech, jak również forsowne wprowadzanie rury mogą bardzo zaszkodzić choremu.

W roku 1904 spostrzegałem w klinice nader ciekawe i rzadkie powikłanie, które nastąpiło bezpośrednio po ezofagoskopii, a raczej po wycięciu cząstki nowotworu przełyku do drobnowidowego badania. Była to chora 57-letnia, dotknięta daleko posuniętym rakiem w szyjnej części przełyku. Nowotwór usadowił się na tylnej ścianie przełyku i zajął także tylną ścianę krtani. Przy powtórnem badaniu lekarz odciął cząstkę nowotworu na granicy prawidłowej błony śluzowej. W godzinę później zauważono niewielkie obrzmienie z lewej strony szyi, a po upływie 12 godzin cała szyja, pierś i twarz były już zajęte przez odmę podskórną (fig. 4). Na trzeci dzień

Fig. 4.



chora zmarła. Przy sekcyi znaleźliśmy naciek ropny śródpiersia, ropnie w tkance łącznej szyi i twarzy i owrzodzenie błony śluzowej krtani powyżej nowotworu.

Co do wskazań i przeciwwskazań do badania ezofagoskopem, to mojem zdaniem, wszelkie choroby i cierpienia przełyku wymagają tego badania, ponieważ jest ono najskuteczniejszem i najbardziej przedmiotowem. Bezwzględnych przeciwwskazań dla ezofagoskopii wogóle niema i użyć jej można we wszelkich przypadkach, z wyjątkiem, być może, osób bardzo osłabionych i umierających. Choroby serca i tętniaki tętnicy głównej nie są mojem zdaniem bynajmniej przeszkodą dla ezofagoskopowania. Z własnego doświadczenia mogę oświadczyć, iż chorzy na te cierpienia poddają się badaniu często łatwiej, niż inni. Nie trzeba oczywiście zbytnio nadużywać swobody działań, a rozwaga i ostrożność nie zawadzi nigdy, — szczególnie zaś u chorych na serce.

Przełyk prawidłowy.

Obrazy światła przełyku można w żyjącym ustroju oglądać tylko zapomocą ezofagoskopu. Spostrzeżenia anatomiczne, chociażby i najnowsze, odnoszą się tylko do zwłok i nic nie mówią o stanie przełyku u ludzi żywych.

Kształt światła przełyku wielce zależy od stanu części otaczających i dlatego, jak zobaczymy niżej, kształty światła szyjnej części przełyku znacznie się różnią od kształtów części piersiowej.

Jeżeli zatrzymać rurę ezofagoskopu w samym początku gardła, to w otworze ezofagoskopu widać okolicę nadkrtaniową i wejście do krtani: na przodzie widzimy (fig. 1 tab. I), białawą, blado-różową, miękką nagłośnię, zakrywającą w postaci klapy wejście do krtani. Samego otworu wejścia do krtani wogóle nie widać; by go zobaczyć, trzeba

dolnym końcem rury ezofagoskopu odciągnąć nagłośnię ku przodowi i dopiero wtedy zobaczymy wejście do krtani.

Posuwając rurę ezofagoskopu coraz głębiej wzdłuż linii przełyku, zatrzymujemy się w okolicy dolnego zwieracza gardła i napotykamy tu wyraźne zamknięcie w kształcie rozetki lub gwiazdki, utworzonej z fałdów błony śluzowej przełyku.

Szyjna część przełyku ciągnie się od 15—16 ctm. do 20—22 ctm. od linii zębów. Część ta wogóle przez otwór ezofagoskopu na całej swej przestrzeni wygląda mniej więcej jednostajnie. Gdy przełyk znajduje się w spokoju, to wtedy wskutek parcia skurczonych mięśni szyjnych, a także parcia atmosfery, przybiera postać spłaszczoną z przodu w tył; światło przełyku ma postać nieprawidłowej, więcej poprzecznej, rozgałęzionej linii, lub nieprawidłowej gwiazdeczki (tabl. I, fig. 2).

Podczas przesuwania trąbki głębiej, niż 19—20 ctm., można pochwycić taką chwilę, gdy światło przełyku z podłużnej szpary nagle się zmienia i staje się otwarte, jak w rurach. Miejsce to stanowi granicę części przełyku szyjnej i piersiowej.

Piersiowa część przełyku znajduje się pomiędzy 20 a 40 ctm. od linii zębów. Światło tej części przełyku w spokoju jest u człowieka prawidłowego otwarte, wobec czego przełyk przybiera postać walcowatej, lekko pochylonej rurki. Niezapadanie się światła przełyku zależy tu od ujemnego ciśnienia powietrza. Ściany przełyku łączy w klatce piersiowej tkanka łączna z opłucną, płucami, wielkiemi naczyniami itd. Ujemne ciśnienie powietrza w klatce piersiowej, wzmagające się przy każdym wdechu, wywiera wpływ i na ściany przełyku. W świetle przełyku znajduje się pewna ilość powietrza, posiadająca prawidłowe atmosferyczne ciśnienie, łatwo więc zrozumieć, iż to powietrze dzięki wyżej wymienionym warunkom samo przez się rozszerzy światło przełyku i przeszkodzi jego zapadnięciu się.

Obrazy ezofagoskopowe piersiowej części przełyku są także jednostajne i bardzo przypominają wnętrze prostej rury: gdy patrzymy do takiej rury, to zdaje się nam, że ściany rury im dalej, tem więcej się schodzą, a światło stopniowo niby się zwęża.

Na początku górnej części piersiowej przełyku światło ma postać rury, zachylającej się lejkowato ku przodowi, co się tłómaczy wygięciem przełyku, omijającego w tem miejscu tętnicę główną. Zaznaczyć też trzeba, iż w tem miejscu na przednią ścianę przełyku lekko uciska tchawica, dzieląca się na oba oskrzela (tabl. I, fig. 3).

Posuwając się głębiej, stwierdzamy, iż światło przełyku nieznacznie się rozszerza i niby się zachyla na lewo i w tył. Na całej przestrzeni piersiowej części przełyku nie widać wcale podłużnych fałdów błony śluzowej, o których piszą w podręcznikach anatomii. Owszem często bardzo dostrzegamy pewną skłonność do tworzenia się fałdów poprzecznych, falistych, okalających przełyk na kształt pierścieni (tabl. I, fig. 4).

Czasami przy nieco rozszerzonym przełyku i silnym wdechu można zobaczyć odrazu całą część piersiową przełyku (od 20 do 40 ctm. odległości od zębów).

Dolna część przełyku, w miejscu, gdzie on przechodzi przez przeponę, ma dwojaki obraz ezofagoskopowy: najczęściej światło przełyku w tem miejscu ma postać szpary, skierowanej skośnie od tyłu ku przodowi (tabl. I, fig. 5); w innych razach napotykamy w tem miejscu rozetkę lub gwiazdkę z fałdów błony śluzowej przełyku (tabl. I, fig. 6). Wogóle zaś przełyk w tem miejscu zamyka się dość szczelnie i dostać się do żołądka można tylko, nieco naciskając rurę ezofagoskopu.

Oglądać przełyk można daleko łatwiej od dołu ku górze, niż z góry na dół, jak to wyżej opisaliśmy.

Błona śluzowa przełyku ma barwę blado-różową, i na całej przestrzeni jest gładka i nieco wilgotna.

Podczas ezofagoskopowania dostrzega się u ludzi zdrowych zawsze różnego rodzaju ruchy ścian przełyku.

Ruch oddechowy można spostrzegać tylko w części piersiowej; polega on na stopniowem zwężaniu i rozszerzaniu się światła przełyku przy wdechu i wydechu. Podczas wdechu ciśnienie ujemne w klatce piersiowej wzmaga się i światło przełyku rozszerza się, podczas wydechu zaś odwrotnie.

Ruchy ścian przełyku, współczesne z tętnem, spostrzegamy również tylko w części piersiowej przełyku; polegają one na blizkiem sąsiedztwie z sercem i tętnicą główną.

Wreszcie mają ściany przełyku i swoje właściwe ruchy robaczkowe; można je czasami widzieć przez ezofagoskop, ale tylko wtedy, gdy chory usiłuje połykać.

Dość wielu autorów nie zgadza się z sobą w opisie ezofagoskopowych obrazów prawidłowego światła przełyku, szczególnie zaś w opisie części piersiowej. Trzeba zaznaczyć jednakże, że ta różnica zależy wyłącznie od tego lub owego położenia chorego, lub od kierunku rury ezofagoskopu, a wcale nie od różnorodności stanu światła przełyku.

Uszkodzenia przełyku.

Uszkodzenia przełyku dzielą się na 3 rodzaje: 1) uszkodzenia termiczne, 2) uszkodzenia chemiczne i 3) uszkodzenia mechaniczne.

Uszkodzenia termiczne spotyka się stosunkowo rzadko; zależą one głównie od połykania gorących pokarmów, n. p. herbaty i t. p.

Podczas ezofagoskopowania spostrzegałem zwykle albo tylko przekrwienie błony śluzowej, albo, znacznie rzadziej, powstawanie pęcherzy. Lecz pęcherze te nie wyglądały nigdy tak, jak zwyczajne pęcherze, tworzące się na skórze przy oparzeniach: były to białawe, zmarszczone skrawki odłuszczonego nabłonka, zwisające ze ściany przełyku.

Znacznie częściej spotykamy uszkodzenia chemiczne, powstające wskutek oparzenia przełyku płynami żrącymi, połkniętymi przez nieostrożność lub w celach samobójczych. Zaraz po połknięciu takich płynów powierzchowne, a czasem i głębsze warstwy przełyku ulegają zgorzeli, lecz największej zmianie ulegają zwykle tylko niektóre mniej więcej ściśle określone części przełyku, a mianowicie część, leżąca tuż nad wpustem, dalej okolica podziału tchawicy i nareszcie szyjna część przełyku, w okolicy zwieracza; inne zaś części przełyku znacznie mniej ulegają zmianom.

Badać ezofagoskopem przełyk bezpośrednio po uszkodzeniu nie udawało się ani mnie, ani innym autorom. Nie powinno to być nawet dozwolone, ponieważ łatwo można pogorszyć stan uszkodzenia.

Po upływie 3—4 tygodni po uszkodzeniu ezofagoskopowałem 4 chorych. W tych przypadkach przełyk w róż-

nych miejscach był pozbawiony błony śluzowej i pokryty ziarniną. W jednym przypadku widziałem przez ezofagoskop dolną część przełyku, pozbawioną na przestrzeni 6—7 ctm. błony śluzowej: przełyk przedstawiał tutaj obraz nieruchomej prostopadłej rury, pokrytej na całej przestrzeni ziarniną.

Nadzwyczaj ciekawy objaw napotkałem u pewnej młodej kobiety po upływie $4^1/_2$ miesięcy po oparzeniu przełyku amoniakiem. Cała część szyjna przełyku pokryta była ziarniną; przeciwległe ściany zrosły się w środku z sobą, pozostawiając z brzegów dwa wąziutkie przejścia, przez które z wielką trudnością udało się przeprowadzić cienki zgłębnik.

Mechaniczne uszkodzenia wskutek zewnętrznego zranienia szyi lub klatki piersiowej zdarzają się bardzo rzadko i zapomocą ezofagoskopu nikt ich dotąd nie badał.

W dwóch przypadkach miałem sposobność oglądać przełyk po dokonanej przedtem ezofagotomii, lecz ezofagoskopia nie dała tutaj żadnych uwagi godnych wyników; stwierdziłem tylko nierówności zszytych brzegów błony śluzowej.

Stosunkowo częściej spotykamy zranienia przełyku od wnętrza różnemi ciałami obcemi. Czasami połknięte ostrokątne ciało obce prześliźnie się przez przełyk bez szkody, lecz daleko częściej nadweręża i rani w tem lub owem miejscu ścianę przełyku. Tym zranieniom ulega przeważnie tylna ściana przełyku, co łatwo się tłómaczy większą jej, niż przedniej ściany nieruchomością.

Tępe ciała obce same przez się bezpośrednio nie uszkadzają przełyku, lecz mogą się przyczynić do częściowej zgorzeli przez długotrwały ucisk, jaki wywierają na ściany przełyku, a również przez częste i forsowne próby zepchnięcia ciała obcego głębiej. Opisano jednak przypadki, w których tak wielkie ciała obce, jak szczęki sztuczne, monety i t. p. tkwiły w świetle przełyku bez szkody w ciągu całych tygodni, miesięcy i nawet lat.

Uszkodzenia przełyku, sprawione przez ciała obce, wywołują zwykle ból i utrudnienie połykania, pod wpływem czego chory ma wrażenie, iż w jego przełyku ciągle jeszcze tkwi ciało obce. Spostrzegałem takich 16 przypadków. Chorych takich badam przedewszystkiem ostrożnie zgłębnikiem i jeżeli nie napotkam nic takiego, coby nakazywało przypuszczać, że ciało obce jeszcze tkwi, wówczas wprowadzam długą (46 ctm.) rurę ezofagoskopu aż do wpustu i rozpoczynam badanie od dołu do góry: uszkodzone miejsce odrazu można dostrzedz dzięki wyraźnemu miejscowemu przekrwieniu.

Zranienia dolnej części przełyku spostrzegałem tylko w 3 przypadkach; w innych zaś uszkodzenia znajdowały się w szyjnej, lub w początku piersiowej części przełyku.

Z 16 spostrzeganych przypadków tylko w dwóch napotkałem zranienia przedniej ściany przełyku, w 14 zaś zranioną była tylna ściana.

Ciała obce w przełyku.

W żadnem innem cierpieniu przełyku ezofagoskopia nie przynosi tak ogromnej i doraźnej korzyści, jak przy usuwaniu ciał obcych. Sprawa wydobywania ich z przełyku zajmowała lekarzy nieledwie od samych początków medycyny. Nie mało było dowcipnych wynalazków i narzędzi, lecz żadne z nich nie może być uważanem za doskonałe.

Zdawało się, że po wynalezieniu ezofagoskopu lekarze niechybnie zaniechają wszystkich dawnych, ślepych i niebezpiecznych sposobów i usuwać będą ciała obce zawsze pod nadzorem oka. Niestety, w przeciągu 20 z górą lat nie zyskała ezofagoskopia w sprawie usuwania ciał obcych należytego uznania i nawet najnowsze i najobszerniejsze podręczniki chirurgii (Delbet i Dentu, Duplay i Reclus, Bergmann-Bruns i Mikulicz i t. d.) wcale nie wspominają o ezofagoskopii, lub wspominają o niej krótko i pobieżnie. Naprzykład w podręczniku Bergmanna-Brunsa i Mikulicza w rozdziale, poświęconym usuwaniu ciał obcych, Hacker tylko mimochodem mówi o ezofagoskopii, natomiast poświęca dużo miejsca opisowi różnych dawnych, niedoskonałych sposobów. A jednak tenże sam Hacker bez porównania więcej, niż inni chirurdzy, zajmował się sprawą usuwania obcych ciał właśnie zapomocą ezofagoskopu. Nie użył on też w przeciągu 14 lat ani razu żadnego z owych sposobów, które sam opisuje, lecz wyłącznie posługiwał się ezofagoskopem, zapomocą którego usunął obce ciała w 27 przypadkach.

Oprócz Hackera sprawą usuwania ciał obcych z przełyku zapomocą ezofagoskopu zajmowali się Störk, Kirstein, Ebstein, Pieniążek, Nowotny, Starck, Reizenstein i inni.

Gottstein w obszernej swej pracy o ezofagoskopii zapatruje się bardzo pesymistycznie na usuwanie ciał obcych zapomocą ezofagoskopu. Zdaniem jego w większości przypadków niezbędnie wskazana jest ezofagotomia. Lecz pesymizm Gottsteina jest według mnie wprost przypadkowym, gdyż opiera się tylko na tem, że z 7 przypadków, przez niego opisanych, tylko w jednym udało mu się usunąć ciało obce. W takich warunkach trudno oczekiwać uznania dla ezofagoskopii.

Co do pytania, kiedy właściwie należy stosować ezofagoskopię, a kiedy — ezofagotomię, to wielu autorów starało się podać pewne ściśle określone wskazania. Ezofagotomii należy, ich zdaniem, użyć w tych przypadkach, gdy do przełyku dostaną się ostre przedmioty (noże, igły i t. d.), których usuwanie przez ezofagoskop może zranić ścianę przełyku. Z tem zapatrywaniem nie mogę się zgodzić i sądzę, że wszelkie obce ciała, ostre, czy tępe, duże czy małe, należy usuwać tylko zapomocą ezofagoskopu. W większości bowiem przypadków, jak to wskazują spostrzeżenia, nawet znaczne zranienia przełyku przy usuwaniu ciał obcych łatwo i prędko goją się, czego nie mogę powiedzieć o ezofagotomii na szyi, a tem mniej — o ezofagotomii przez klatkę piersiową. Ezofagotomia, mojem zdaniem, niezbędną jest tylko przy wytworzeniu się ropni obok przełyku.

Przypuszczając obecność ciała obcego w przełyku, staram się przed ezofagoskopią przekonać się, czy rzeczywiście ciało obce utkwiło w przełyku i w jakiem oddaleniu od zębów. W tym celu używam dwóch sposobów: badania promieniami Röntgena i badania przełyku zgłębnikiem.

Badanie promieniami Röntgena daje pomyślne wyniki tylko wtedy, gdy ciało obce wskutek swej gęstości i objętości pochłania tyle X-promieni, że w obrazie rentgenowskim powstają wyraźnie określone cienie. Takie cienie dają tylko twarde ciała, jak monety, guziki metalowe i t. p. Sztuczne szczęki i małe odłamki kości często nie dają wcale cienia.

Zgłębnikiem badam we wszystkich przypadkach ciał

obcych. Nie używam zgłębnika tylko wtedy, gdy położenie obcego ciała daje się zupełnie ściśle określić za pomocą promieni Röntgena. Użycia zgłębnika nie uważam jednak wcale za środek leczniczy i nigdy nie staram się przepchnąć ciała obcego do żołądka. Używam zgłębnika wyłącznie dla stwierdzenia obecności ciała obcego i określenia jego położenia. Badanie zgłębnikiem staram się wykonać jak najostrożniej i używam w tym celu lekkich, elastycznych zgłębników z metalowem zakończeniem. Każda przeszkoda, najmniejszy dźwięk od uderzenia o ciało obce udziela się natychmiast ręce operatora. Należy jednak wspomnieć, że czasami badanie zgłębnikiem nie wykrywa wcale ciała obcego, chociaż ono tkwi w przełyku. Miałem takie 2 przypadki; w jednym żelazną igłę, a w drugim ość ryby znalazłem tylko przypadkowo podczas ezofagoskopowania.

Określiwszy jednym czy drugim sposobem położenie ciała obcego, przystępuję do ezofagoskopii; długość rury ezofagoskopu powinna być dobraną do odległości obcego ciała od zębów.

Znieczulenie przełyku kokainą należy wykonać bardzo starannie, zwracając szczególną uwagę na okolicę dolnego zwieracza gardła. Dzieci i osoby bardzo nerwowe chloroformuję.

Doświadczenie poucza, że zależnie od rozmaitej wielkości swej i kształtu ciała obce zatrzymują się w przełyku w sposób rozmaity; stosownie do tego i sposoby usuwania ich zapomocą ezofagoskopu bywają różne.

Obce ciała większych rozmiarów (monety, szczęki sztuczne etc.) zwykle zatrzymują się w okolicy podziału tchawicy, czyli w odległości 20—25 ctm. od zębów. Ciała te tkwią w przełyku zawsze w położeniu poprzecznem tak, że jedna ich powierzchnia zwrócona jest naprzód, a druga w tył.

Rurę ezofagoskopu należy ustawić, nie dosunąwszy jej na 1—2 ctm. do ciała obcego i wyjąwszy obturator, posuwać ją stopniowo głębiej w ten sposób, by róg ciała obcego zajął położenie poprzeczne względem dolnego otworu rury. Następnie wprowadza się szczypczyki, kierując je w ten sposób, aby jedna z łyżeczek dotknęła się przedniej powierzchni ciała obcego, druga zaś — tylnej. Mocno chwyciwszy ciało obce, posuwa się je ku otworowi rury i jeżeli jest większe, niż ten otwór, to wyciąga się je na zewnątrz razem z rurą ezofagoskopu.

Mniejsze ciała obce tkwią zwykle w tylnej ścianie przełyku. Określiwszy położenie ciała obcego zgłębnikiem, używam rury odpowiedniej długości i postępuję dalej tak, jak z ciałami wielkiemi Jeżeli zaś badanie zgłębnikiem nie daje żadnych wyników, wówczas używam najdłuższej rury, dosuwając ją do wpustu żołądka i następnie oglądam przełyk stopniowo z dołu do góry. Zwykle w miejscu, gdzie utkwiło ciało obce, można spostrzedz przekrwienie błony śluzowej przełyku i to właśnie służy za najlepszą wskazówkę.

W przeciągu ostatnich $3^1/_2$ lat usunąłem ciała obce z przełyku zapomocą ezofagoskopu w 23 przypadkach. We wszystkich tych przypadkach używałem wyłącznie tylko ezofagoskopu; żaden z tych chorych nie umarł, chociaż stan niektórych był bardzo ciężki.

Z przełyku prawidłowego usunąłem 16 ciał obcych: w 4 przypadkach usunąłem monety; w 3 kawałki kości; w 5 ości ryb; w 2 — igły i nareszcie w 2 — kawałki szkła i porcelany.

Monety usunąłem we wszystkich 4 przypadkach u dzieci, nie liczących nad 4 lata; we wszystkich tych przypadkach monety zatrzymały się w jednem i tem samem miejscu, mianowicie w okolicy podziału tchawicy (tabl. I, fig. 7). Położenie monet we wszystkich przypadkach określono ściśle zapomocą promieni Röntgena. Ponieważ chodziło o dzieci, więc we wszystkich tych przypadkach użyłem chloroformu. Samo usunięcie monet nie napotkało na żadne trudności.

Kości usunąłem z przełyku 3 razy. W pierwszym przypadku kość miała kształt zaostrzonego klina, długości 1,5 ctm., który wbił się w tylną ścianę przełyku w okolicy podziału tchawicy (tabl. I, fig. 8). W tym przypadku kilkakrotne badanie zgłębnikiem nic nie wykryło i dopiero podczas ezofagoskopowania kość znaleziono i usunięto. W drugim przypadku niewielką kość, długości 2 ctm., również znaleziono w okolicy podziału tchawicy. Bardzo ciekawy był trzeci przypadek Tu, w odległości 27 ctm. od zębów, znaleziono dużą, (4×3,5 ctm.) kość trójkątną, której ostre brzegi wbiły się w ścianę przełyku. Kość ta tkwiła w przełyku przez 4—5 dni i cały szereg lekarzy usiłował zepchnąć ją do żołądka. Skutek tych usiłowań był taki, że kość jeszcze głębiej wbijała się w ścianę przełyku. Do tego następnie dołączyły się obrzmienie i naciek błony śluzowej przełyku i t. d. Obrzmienie błony śluzowej zupełnie zasłaniało sobą przy ezofagoskopii ciało obce i wypadło dołożyć nie mało starań, by to ciało odszukać. Gdy wreszcie ciało obce już nastawiono w środku otworu ezofagoskopu, okazało się, że w żaden sposób nie można go było ruszyć z miejsca. Dopiero po godzinie daremnych usiłowań ujęto kość mocnemi szczypcami i z niemałą trudnością wyciągnięto na zewnątrz. Mimo znacznych uszkodzeń przełyku chora już po 3 dniach opuściła szpital w dobrym stanie zdrowia.

Ości ryb usunąłem w 5 przypadkach: w 2 utkwiły one w szyjnej części przełyku, w 2 — w okolicy podziału tchawicy i w jednym — w odległości 33 ctm. od zębów. W jednym z tych przypadków, bardzo zastarzałym, wypadło pokonać niemało trudności. Chory połknął ość z głowy jesiotra i w ciągu dni czterech udawał się do różnych szpitali, gdzie mu wprowadzano do przełyku zgłębnik i upewniano, że ość została zepchniętą do żołądka. Objawy choroby jednakże coraz to więcej się wzmagały: ciepłota ciała podniosła się do 39°; co więcej, powstało obrzmienie na szyi i t. d. Przy ezofagoskopii stwierdziłem ropne zapalenie ścian przełyku; ość wbita była w przednią ścianę w odległości 22 ctm. od zębów, a mierzyła 3×2 ctm.; usunąłem ją jednocześnie z rurą ezofagoskopu. Po 6 dniach wyzdrowienie zupełne.

Igły usunąłem w 2 przypadkach: w jednym igła znajdowała się w szyjnej części przełyku, w drugim zaś nieco niżej, w okolicy podziału tchawicy. W tym drugim przypadku chora nic nie wiedziała o igle, ponieważ połknęła ją niepostrzeżenie, jak się zdaje z chlebem.

Wreszcie w dwóch przypadkach usunąłem kawałki porcelany. Ponieważ szczypczyki ciągle ześlizgiwały się z porcelany i nie mogły jej uchwycić, więc wydobyłem kawałki te zapomocą długiej łyżeczki.

Przy bliznowatem zwężeniu przełyku w jednym

przypadku udławił się chory skórką z chleba, w drugim zaś kawałkiem mięsa. W obydwóch — ciała obce usunąłem częściami.

Przy zwężeniu rakowem przełyku zdarza się najczęściej, jako pierwszy objaw choroby, że niespodzianie zatrzymują się ciała obce. Takich przypadków miałem 5; w 3 usunąłem duże kawałki mięsa, w jednym — kapustę i w jednym — kawałek chleba. Usuwanie obcych ciał w takich przypadkach nie sprawia większych trudności. Zwykle te ciała obce usuwa się częściami zapomocą szczypczyków, lub łyżeczki.

Choroby zapalne przełyku.

Dzielą się one zwykle na ostre i przewlekłe. Samorodne ostre zapalenie spotykamy bardzo rzadko. Przy chorobach zakaźnych uczestniczy czasem i przełyk, lecz objawy chorobowe są tak nieznaczne w stosunku do objawów głównej choroby, że nie nadają się do badania ezofagoskopem. Znacznie częściej spotykamy zapalenia po wszelkiego rodzaju uszkodzeniach przełyku.

Dzięki ezofagoskopii miałem sposobność spostrzegać różne stopnie zapalenia ścian przełyku, począwszy od przekrwienia i obrzmienia błony śluzowej, a kończąc na zropieniu znacznej części przełyku.

Lekki stan zapalny wywołuje natychmiast przekrwienie, któremu następnie towarzyszy obrzmienie i nacieczenie tkanki podśluzowej. Te zmiany zwężają światło przełyku co najwyraźniej widać w części piersiowej. Wnioski z badania ezofagoskopem bywają w tych przypadkach dość niedokładne, ponieważ rurę ezofagoskopu trzeba zatrzymać nieco wyżej, nie dosięgając miejsc z największemi zmianami zapalnemi.

Przy leczeniu stanów zapalnych przełyku zalecam zwykle spokój, okłady, a jako pożywienie — wyłącznie płyny. Gdy zaś zapalenie powiększa się i dołącza się ropienie w tkance łącznej okołoprzełykowej, wtedy robię ezofagotomię, lecząc sprawę zapalną, jak zwyczajną ropowicę. Miałem 2 takie przypadki. W jednym z nich 22-l. student miał ropowicę okołoprzełykowej tkanki łącznej na szyi, wywołaną prawdopodobnie zranieniem przełyku ością ryby. Podczas operacyi znalazłem zropienie okołoprzełykowej tkanki łącznej i lewej ściany przełyku. Chory wyzdrowiał. W drugim przypadku zapalenie okołoprzełykowej tkanki łącznej rozwinęło się u chorego 50-letniego z przyczyny nieznanej. Ezofagotomia wykryła ogromny ropień, otaczający część piersiową i szyjną przełyku.

Przewlekły nieżyt przełyku według mego doświadczenia, a wbrew zdaniu Gottsteina, zdarza się dość często. Przeważnie spotykałem to cierpienie u pijaków, oraz u chorych na żołądek, miewających wymioty, lub kwaśne odbijania, dalej — u cierpiących na skurcz wpustu żołądka, a również u chorych na raka przełyku.

Przewlekły nieżyt przełyku (*oesophagitis chronica*) dzielą zwykle na dwa okresy. W pierwszym stan zapalny zajmuje tylko błonę śluzową przełyku, która przybiera wtedy barwę ciemnawą. Okres ten nosi nazwę nieżytu „suchego“, ponieważ błona śluzowa nie wydziela znaczniejszej ilości śluzu. W drugim okresie szerzy się sprawa zapalna na głębsze warstwy przełyku. Barwa błony śluzowej jest niejednostajna i stopniowo zmienia się z czerwonawo-burej na szarawą. Ilość śluzu bardzo znaczna. Wobec tego, iż zapalenie szerzy się na mięśnie przełykowe, powstaje łatwo niedowład i często zdarza się rozszerzenie przełyku, szczególnie w części piersiowej. W przypadkach nieżytu przewlekłego, szczególnie zaś przy rozszerzeniu przełyku, należy zwrócić uwagę na pewien szczegół, który można widzieć tylko zapomocą ezofagoskopii: oto błona śluzowa układa się w wyraźne poprzeczne fałdy, na kształt kółek współśrodkowych (tab. I, fig. 9 i 10), co zależy od przewlekłego nacieku i obrzmienia błony śluzowej.

Gruźlicę przełyku spostrzegano bardzo rzadko i wyłącznie prawie tylko przy sekcyach. Dotąd nie ma jeszcze szczegółowego opisu ezofagoskopowych obrazów tego cierpienia.

Badałem zapomocą ezofagoskopu 2 przypadki gruźlicy. W pierwszym przypadku, u 25-letniego mężczyzny, cierpiącego na gruźlicę płuc i krtani, znalazłem wrzody gruźlicze na błonie śluzowej ust, gardła, a również części szyjnej i piersiowej przełyku. Owrzodzenia te były powodem wielkich bólów przy połykaniu. Wrzody były niewielkich rozmiarów i mierzyły w średnicy od 1 do 2 ctm.; brzegi ich podryte, miały kolor ciemno-siny; dno — brudno-szarawe, pokryte bladą i wątłą ziarniną. W drugim przypadku 48-l. chory miał również gruźlicę płuc i krtani. W odległości 32 ctm. od zębów znalazłem u niego na tylnej ścianie przełyku podłużne owrzodzenie, wielkości 2×0.5 ctm., podobne do opisanego wyżej. W obydwu przypadkach stwierdzono gruźlicę zapomocą badania drobnowidowego skrawków, wyciętych z brzegów wrzodu.

Przymiot przełyku jest również rzadki i zdarza się przeważnie w ostatnim trzeciorzędnym okresie choroby: bądź w postaci kilaków, lub wrzodów kiłowych, bądź w postaci zwężeń bliznowatych.

Kilaki i wrzody kiłowe sadowią się zwykle w górnej części przełyku. Wrzody te nie są duże, lecz głębokie, mają grube brzegi i żółtawe dno. Wrzód taki widziałem u jednego chorego na tylnej ścianie przełyku w odległości 37 ctm. od zębów. Chory ten chorował na przymiot, lecz nie leczył się wcale. Badanie drobnowidowe skrawka, wyciętego z brzegów wrzodu, nie wykryło nic znamiennego. Prócz tego chory ten miał rozszerzenie i przewlekły nieżyt przełyku (tabl. I fig. 10) wskutek przewlekłego kurczu wpustu. Po energicznem leczeniu jodkiem potasu przez 2 tygodnie chory wyzdrowiał.

Prócz tego spostrzegałem jeszcze jeden ciekawy i rzadki przypadek. Był to chory, u którego na tle przymiotowem powstały zmiany bliznowate całego niemal przełyku. W młodości przechodził on przymiot, lecz nie leczył się wcale. Do mnie zwrócił się z powodu utrudnionego od 3—4 lat połykania. Podczas ezofagoskopii znalazłem bliznowate zwężenie przełyku w odległości 21 ctm. od zębów. Po upływie 3 tygodni, dzięki usilnemu rozszerzaniu zdołałem wprowadzić cienką (Rosenheima) rurę ezofagoskopu aż do żołądka. Przy badaniu stwierdziłem wtedy, że cała piersiowa część przełyku pokryta jest białawemi drobnemi bliznami. Nadomiar miał chory jeszcze i raka żołądka w okolicy wpustu. Chory ten wkrótce zmarł, a na sekcyi okazało się, iż błona śluzowa i tkanka podśluzowa całego przełyku usiana jest drobnemi bliznami, pozostałemi widocznie po drobnych kilakach.

Promienicę przełyku, o ile mi wiadomo, zbadał zapomocą ezofagoskopu i opisał tylko Gottstein. Opisane obrazy ezofagoskopowe są bardzo niejasne i nie typowe. Sam Gottstein po kilkakrotnem badaniu rozpoznał promienicę tylko dzięki drobnowidowemu badaniu wyciętego skrawka.

(Dok. nast.)

Oceny i sprawozdania.

Dr Alfred Wolff-Eisner. **Das Heufieber, sein Wesen und seine Behandlung.** (Nieżyt sienny, jego istota i leczenie). Str. 139 + VIII. 10 rycin, 2 tablice. Monachium 1906. J. F. Lehmana. Cena 3 m. 60 fen.

Książka, której treścią chcę się podzielić z czytelnikami »Przeglądu«, daje wcale dokładny obraz nieżytu siennego (*catarrhus aestivus*), choroby, rozpowszechnionej w Ameryce, do pewnego stopnia w W. Brytanii i we Francyi, rzadziej w Niemczech, a bardzo nieczęstej na ziemiach polskich. Nie dziw wobec tego, że piśmiennictwo nasze nie zajmuje się tak wiele sprawą, która dla nas nie ma dotychczas większego praktycznego znaczenia. W najnowszym podręczniku chorób wewnętrznych, wydanym przez W. Jaworskiego, znajdujemy o nieżycie siennym tylko luźne wzmianki; nieco dokładniej omawia go A. Sokołowski w obszernem dziele »O chorobach narządu oddechowego«. Dlatego uzasadnionem wydaje się streszczenie dziełka Wolff-Eisnera. Cały materyał pomieścił autor w 7 rozdziałach. Po wstępie historycznym, któremu poświęcono rozdział I, przechodzi w rozdz. II cały szereg teoryi o powstawaniu nieżytu siennego, przyczem przychyla się do zapatrywania, najbardziej dziś rozpowszechnionego, według którego choroba ma zależeć od toksycznego działania związków rozpuszczalnych, zawartych w pyłku kwiatów rozmaitych roślin, zwłaszcza żyta, pszenicy, kukurudzy i t. d.

W rozdziale III, najobszerniejszym, omawia autor chorobę ze stanowiska klinicznego. A więc najpierw opisuje typowe jej objawy, postacie, przebieg, czas trwania, znaczenie rasy, płci, wieku; zastanawia się nad związkiem między nieżytem siennym a innemi chorobami, jak grypa, dna, nerwice ogólne. Wreszcie porusza sprawę rozpoznania różniczkowego. Do tego rozdziału dołączono dwie tablice, zawierające 71 spostrzeżeń omawianej choroby.

Bardzo szczegółowy rozbiór zasad i sposobów leczenia zawiera rozdział IV. Najdokładniej zastanawia się w nim autor nad działaniem swoistych surowic: pollantyny Dunkana i graminolu Weichardta, przeplatając sprawozdania kliniczne szeregiem uwag, opartych na badaniach doświadczalnych. Niemniej obszernie mówi i o znaczeniu klimatoterapii. Nie pomija także i innych sposobów leczenia, wśród nich leczenia miejscowego.

Ustęp V poświęcił autor roztrząsaniom teoretycznym o skłonności do nabycia choroby; w rozdziale VI wspomina o związku osób, zapadających na nieżyt sienny (*Heufieberbund*). W ostatnim, VII, rozdziale omawia nieżyt ze stanowiska społecznego.

Praca Wolff-Eisnera należy do tego typu publikacyi, spotykanych nierzadko w piśmiennictwie niemieckiem, które mają za cel w dokładnem przedstawieniu historycznego rozwoju wiadomości o chorobie mniej jeszcze, a przynajmniej nie tak ogólnie znanej, sumienne zebranie wszelkich wiadomości o niej i rozsztrząśnienie różnorodnych zapatrywań, mających tak kliniczne, jak teoretyczne znaczenie. Oceniając ją z tego punktu widzenia, przyznać musimy autorowi, że z zadania swego wywiązał się dobrze i poprawnie tak pod względem treści, jako też i formy. W książce tej znajdzie czytelnik niemal wszystko, co dotyczy nieżytu siennego, podane bardzo przystępnie bez zbytecznego balastu piśmiennictwa i bez owej autorskiej podmiotowości sądu, która w wysokim stopniu utrudnia krytyczny przegląd omawianej sprawy. To też jakkolwiek nieżyt sienny, przynajmniej dotychczas, nie budzi u lekarzy polskich z powodu swej rzadkości na naszych ziemiach ogólnego zajęcia, polecić trzeba książkę Wolff-Eisnera każdemu, kto wyłącznie lub ze szczególnem zamiłowaniem zajmuje się w teoryi i praktyce chorobami narządu oddechowego.

Prof. L. Korczyński.

Dr Fr. Giedroyć: **Materyały do dziejów farmacyi w dawnej Polsce. Spis aptekarzy (w. XIV do XVIII).** Warszawa 1906. Str. 55.

Niewielka broszurka jest owocem długich i żmudnych badań archiwalnych i pracowitego wertowania źródeł rękopiśmiennych; stanowi ona nowy dowód wytrwałości i skrzętności autora. Wydawaniem i umiejętnem opracowywaniem nieznanych źródeł zdobywa sobie autor rzetelne zasługi w naszem piśmiennictwie, w którem brak dotąd nowoczesnym wymaganiom odpowiadającej historyi medycyny w Polsce. Aby ją stworzyć, trzeba przedewszystkiem wydobyć na światło dzienne i zgromadzić wszystek, jaki się jeszcze da uzyskać materyał, a do takiej, prawdziwego zamiłowania wymagającej pracy, niewielu u nas chętnych. Przoduje im dr Giedroyć.

W broszurze obecnie wydanej zgromadził autor w alfabetycznym porządku nazwiska i wiadomości o aptekarzach polskich od XIV w. począwszy. Użyteczność broszurki podnoszą 2 skorowidze: chronologiczny i topograficzny.

i.

Wyciągi.

MEDYCYNA TEORETYCZNA. Legatkin. **O zasadowości krwi przy cierpieniach rakowych.** (*Prakticzeskij Wracz* 1906, Nr 14 i 15). Autor badał krew trzydziestu chorych cierpiących na raka; zamierzony jednak cel, aby stwierdzić, czy istnieje ściślejszy związek między postępującym rozwojem sprawy nowotworowej, a zasadowością krwi — nie dał się osiągnąć, gdyż w niektórych przypadkach, w których sprawa chorobowa była już daleko posunięta, utrzymywał się dość wysoki stopień zasadowości krwi i naodwrót w przypadkach, w których siły chorego i ogólny stan były jeszcze wcale zadawalniające, zasadowość krwi była nieraz bardzo nizka. Badania, wykonane na owych trzydziestu chorych dowiodły, iż zasadowość krwi trzyma się mniej więcej na tej samej wysokości, zwiększając się przy raku wątroby i szczęki górnej, a zmniejszając przy raku odbytnicy; dodać jednak należy, że każdy przypadek w porównaniu do innych daje dość znaczne wahania, i tak np. najwyższy stopień zasadowości krwi u chorego na raka przełyku, którego stan ogólny był jeszcze wcale dobry, dochodził do 424 mlgm. (prc.), a najniższa zasadowość przy raku macicy u chorej już ze znacznie posuniętem charłactwem, do 53 mlgm. W ogólności można powiedzieć, że tam, gdzie ilość krwinek czerwonych nie uległa zmniejszeniu, tam i zasadowość krwi jest dość wysoka; tego jednak nie można powiedzieć co do ogólnego stanu chorych, nie zawsze bowiem, gdy on jest jeszcze względnie dobry, zasadowość krwi pozostaje wysoką. Zbierając to wszystko, autor dochodzi do następujących wniosków: Przyjmując zasadowość krwi u zdrowego człowieka 250 mlgm. (prc.) okazuje się, że zasadowość przy wszystkich cierpieniach rakowych, jak zaznaczył już poprzednio doc. W. Orłowski, zmniejsza się, zmniejszenie zaś to może być skutkiem 1) niedokrwistości (z badań doc. Orłowskiego wynika, że krwinki czerwone dają 40 prc. i wyżej zasadowości), 2) zmian istot białkowatych w surowicy krwi. Tak więc przyczynę zmniejszenia się zasadowości krwi przy zmianach nowotworowych należy odnieść z jednej strony do zmniejszenia się ilości ciałek czerwonych, z drugiej do wodnistości krwi (*hydraemia*) i zmian w składzie istot białkowatych. (Do tychże wniosków na podstawie swoich badań w piśmiennictwie ojczystem doszedł doc. dr W. Orłowski w pracy, ogłoszonej w *Przeglądzie lekarskim* 1901, Nr 1—3).

B. Swolkień (Ptbg.).

Krajuszkin. **Rozpoznawanie wścieklizny na podstawie ciałek Negriego.** (*Russkij Wracz* 1906, Nr 15). Autor badał w pracowni Instytutu doświadczalnej medycyny w Petersburgu, o ile ciałka Negriego są znamienne dla wścieklizny. W tym celu autor szukał ciałek Negriego w 3 przypadkach wścieklizny u ludzi, a dla porównania w 1 przypadku wiądu rdzenia u chorego w podeszłym wieku, w 1 przypadku wady serca, i w 1 przypadku duru brzusznego. U wszystkich 3 chorych na wściekliznę K. znalazł ciałka Negriego; poszukiwania w 3 innych przypadkach dały wyniki ujemne. Oprócz tego K. zbadał 38 psów i 2 koty z ujemnym wynikiem w 4 przypadkach; zbadał też 3 psy, zatrute strychniną, 2 psy zakażone morem, jednego zabitego przez upust krwi i jednego zatrutego chloroformem. Wnioski autora są następujące: 1) Obecność w ośrodkowym układzie nerwowym ciałek Negriego, zwłaszcza posiadających wewnętrzną budowę, może potwierdzać rozpoznanie wścieklizny. 2) Brak ciałek Negriego jeszcze nie wyłącza wścieklizny; w takich przypadkach trzeba się uciec do biolo-

gicznej próby, t. j. do zakażenia zwierząt. 3) Ilość ciałek Negriego nie stoi w żadnym stosunku do stopnia jadowitości ośrodkowego układu nerwowego. 4) Udoskonalenie techniki badania może znacznie zmniejszyć ilość przypadków wścieklizny, w których ciałek Negriego dotąd nie znajdowano. 5) Dla badania najlepiej brać kawałeczki rogu Ammona, a, gdzie można, i móżdżku. 6) Najlepszym sposobem utrwalania kawałeczków tkanki nerwowej jest dla celów rozpoznawczych aceton parafinowy, najlepszem zabarwieniem — sposób Manna. 7) Utrwalając tkankę w acetonie, można rozpoznać wściekliznę już następnego dnia *Z. Orłowski* (Ptbg.).

Diewickij. **O nowotworach zastawek sercowych.** (*Miedic. Obozrenije* 1906, Nr 5). Pierwotne nowotwory serca, jak wiadomo, należą do bardzo rzadkich. Lecz najrzadszymi, i rzec można wyjątkowymi są nowotwory, usadowione na zastawkach serca. Dotąd opisano 9 przypadków, (8 śluzaków, 1 włókniak): w 5 nowotwór znajdował się na zastawce trójdzielnej, w 2 na dwudzielnej, wreszcie w 2 na zastawce tętnicy płucnej. W przypadku D. u chorego, zmarłego na posocznicę, na komorowej powierzchni średniej zastawki tętnicy głównej znajdował się guz brodawkowy wielkości grochu, usadowiony prawie pośrodku, trochę na lewo od guzka Arancyusza. Guz barwy bladoczerwonej, miękki, był złączony bardzo mocno z tkanką zastawki. Reszta zastawki była zupełnie prawidłowa. Autor zalicza guz do rzędu włókniaków miękkich (*fibroma molle*, *myxofibroma*). Z 10 dotąd znanych przypadków nowotworów zastawek ściennych do rzeczywistych nowotworów można, zdaniem autora, zaliczyć tylko 7, mianowicie przypadek Curtisa, 3 Ribberta, jeden Gutha, jeden Reitmanna, wreszcie przypadek autora.

Z. Orłowski (Ptbg.).

MEDYCYNA WEWNĘTRZNA. Kayser. **O rurkach z żółcią jako sposobie hodowli wstępnej i o bakteryologii krwi w durze i paratyfusie.** (*Münch. med. Wochs.* 1906, Nr 17). Żółć jest według autora bardzo praktyczną pożywką do hodowania prątków duru i paratyfusu ze krwi. Według K. można było na tej pożywce wyhodować prątki Ebertha nawet wtedy, gdy to już zwykle się nie udaje, t. j. w okresie bezgorączkowym. Po dodaniu krwi wstawia autor rurkę do cieplarki i trzyma w cieplocie 37° przez 14—20 godzin, poczem zakaża nią pożywkę n. p. Conradi-Drigalskiego. Im cięższe zakażenie i im wcześniejszy okres (w pierwszym tygodniu w 100 prc. otrzymał autor wynik dodatni), tem łatwiej wyhodować bakterye ze krwi chorego. Zaletą tej pożywki jest też okoliczność, że niektóre gatunki bakteryi na niej wcale nie rosną, łatwiej przeto z mieszaniny różnych gatunków bakteryi uzyskać hodowlę czystą prątków durowych. Rurek z wyjałowioną żółcią (5 ctm. żółci, do czego dodaje się połowę tej ilości krwi) dostarcza fabryka Mercka. *Dr. M. Godlewski.*

Mayer i Heinecke. **O wartości barwnej ciałek krwi czerwonych.** (*Münch. med. Wochs.* 1906, Nr 17). Hayem, Laache i Ehrlich uważają za znamienny objaw niedokrwistości złośliwej zmniejszenie się znaczniejsze ilości krwinek czerwonych, aniżeli hemoglobiny, skutkiem czego pojedyncze ciałko zawiera więcej nawet niekiedy barwika, aniżeli w stanie prawidłowym. Przeciwne stanowisko zajmuje Grawitz, twierdząc, że wybitniejsze zmniejszanie się w tych postaciach niedokrwistości ilości krwinek czerwonych, aniżeli hemoglobiny, jest tylko pozorne i polega na tem, że przy liczeniu nie uwzględniono krwinek karłowatych (mikrocyty). Autorowie przechylają się na stronę Ehrlicha i przyjmują jego przypuszczenie, że w ciężkich postaciach niedokrwistości krew wraca niejako do stanu zarodkowego. Badanie krwi dwóch płodów przekonało autorów, że podobnie, jak w złośliwej niedokrwistości, znajdowały się liczne krwinki czerwone jądrzaste różnej wielkości, między ciałkami białemi przeważały liczebnie limfocyty, a stosunek ilości krwinek czerwonych do stosunkowo dużej ilości hemoglobiny był tego rodzaju, że pojedyncze ciałko musiało być silniej zabarwione, niż prawidłowe. Różnica zapatrywania autorów od zapatrywania Ehrlicha polega jedynie na tem, że nie uważają oni tego powrotu krwi do stanu zarodkowego za coś bezwzględnie niekorzystnego, lecz przeciwnie za samoregulacyę ustroju; badania anatomiczne przekonały bowiem, że krew tworzyła się we wszystkich narządach, które tylko wogóle do tego zdatne były (szpik, wątroba, śledziona, gruczoły limfatyczne). — Zrozumiałą jest rzeczą, że w tak zwanej aplastycznej postaci niedokrwistości wartość barwna krwinek się nie zwiększa. Okresowe pojawianie się zwiększonej wartości barwnej krwinek łączą autorowie w związek przyczynowy ze zjawiskiem, opisanem przez Noordena pod nazwą „przełomów krwi“ („Blutkrisen“).

Dr. M. Godlewski.

Mayer i Speroni. **O krwinkach czerwonych kropkowanych.** (*Münch. med. Wochs.* 1906, Nr 17). W przeciwieństwie do Grawitza, który uważa kropkowane krwinki czerwone za objaw zwyrodnienia ich protoplazmy, sądzą autorowie, że owe zasadowymi barwikami barwiące się punkta uważać należy za szczątki jąder. Różnica w barwieniu się jąder ciałek czerwonych, a owych punktów, zdaniem autorów, niczego nie dowodzi, substancya jądrowa bowiem w czasie rozpadu jądra może przechodzić zmiany, odbijające się w barwieniu. Kropkowane krwinki czerwone są wyrazem niedokrwistości wogóle, ale mają szczególnie często pojawiać się wtedy, gdy źródłem niedokrwistości są pewne zatrucia (ołów). Autorowie przekonali się jednak, że u kur, które, jak wiadomo, mają fizyologicznie krwinki czerwone jądrzaste, nie powstają po podawaniu octanu ołowiu krwinki czerwone kropkowane, tworzą się one jednak, jeśli jądra ciałek czerwonych krwi kurzej, trzymanej w probówce, znikają pod wpływem autolizy. *Dr. M. Godlewski.*

NEUROLOGIA. L. Jański. **O ostrym szale.** (*Sbornik klinický* 1906, Nr 3). Autor podaje 15 spostrzeżeń klinicznych ostrego szału (*delirium acutum*), z których 11 dotyczyło kobiet, a 4 mężczyzn. Wszyscy prawie chorzy przedstawiali cechy obciążenia dziedzicznego i fizyczne oznaki zwyrodnienia. Pod względem etyologicznym można było u większości stwierdzić silne wzruszenie psychiczne; u niektórych chorych stwierdzono nadto objawy kliniczne i anatomiczno-patologiczne, wskazujące na toksyczną lub zakaźną przyrodę choroby, u innych natomiast nie zdołano stwierdzić takiego tła. To też według J. dotąd nie ma naukowych podstaw do stanowczego wyjaśnienia patogenezy ostrego szału. Co do objawów, to tutaj napotykał autor wybitne różnice indywidualne. W niektórych przypadkach był wybitny okres zwiastunowy. Pomieszaniu umysłu i popędowi do ruchu towarzyszyły zazwyczaj napady trwogi, a przerywały je zwykle okresy zwolnienia i jasne chwile. Liczne i różnorakie omamy nie miały żadnego znamiennego charakteru. Dość często bywały zaburzenia odżywienia: w trzech przypadkach były objawy katatonii, w trzech innych objawy porażenia postępującego. Napad szału przeważnie przekraczał 15 dni, a uleczone zostały tylko dwie kobiety. Według autora pokrywa się ostry szał z obrazem »*amentia delirans*«, wszelako nie należy zdaniem jego zupełnie przeczyć niezależnemu istnieniu ostrego szału, jak to czynią niektórzy autorowie. Badanie anatomiczno-patologiczne i histologiczne nie dało żadnych znamiennych wyników. *Dr. Blassberg.*

Kerschensteiner. **Neuromyelitis optica.** (*Münch. medizinische Wochenschrift* 1906, Nr 17). W rzadkiej tej chorobie, opisanej po raz pierwszy przez Devica, łączy się zapalenie rdzenia z zapaleniem nerwu wzrokowego. W przypadku, opisanym przez K., znaleziono po śmierci zgrubienie opon miękkich rdzenia w okolicy lędźwiowej. Rysunek szarej istoty zamazany, w n. wzrokowych zupełne zwyrodnienie. Za życia prócz zapalenia nerwu wzrokowego objawy porażenia i bole w kończynach dolnych, prócz tego objawy, budzące przypuszczenie kiły lub nowotworu mózgu. Zaburzenia w oddawaniu stolca i moczu dołączyły się do niejasnego wogóle obrazu dopiero pod koniec życia. Przypadek za życia ściśle rozpoznanym być nie mógł. *Dr. M. Godlewski.*

Hoesslin i Selling. **W sprawie porażenia opuszkowego wrzekomego.** (*Münch. med. Wochs.* 1906, Nr 17). Przypadek o tyle pouczający, że podstawą choroby były obustronne ogniska rozmięknienia w trzecim zwoju czołowym, przy zdrowej opuszce. *Dr. M. Godlewski.*

CHIRURGIA. Baradulin. **Przyczynek do kazuistyki durowych zapaleń wola.** (*Russkij Wracz* 1906, Nr 14). Autor przytacza przypadek operowanego ropienia gruczołu tarczowego podczas duru brzusznego u chorego, który od 29 lat miał wola. Chory w 36 r. życia zapadł na dur brzuszny i po 10 dniach choroby zauważył, że prawa część gruczołu tarczowego zaczęła szybko się zwiększać i doszła do wielkości główki dziecięcej. Próbne przekłucie dało nieco jasno-bronzowej ropy. Wobec tego wykonano w uśpieniu chloroformowem operacyę i wypuszczono pół szklanki ropy; badanie bakteryologiczne ropy wykryło laseczników durowego. W piśmiennictwie znalazł autor tylko 12 przypadków ropienia wola w durze brzusznym. Do powstania ropienia wogóle potrzebnym jest zarazek i słaba odporność tkanek narządu; jeżeli zaś tkanki są bardzo osłabione, to nawet mało jadowity i nie ropotwórczy zarazek może wytworzyć ropień; ponieważ przy wolu gruczoł tarczowy może być bardzo zmienionym wskutek rozrostu, do którego może się przyłączyć zakrzep, wylewy krwi i zwyrodnienie tłuszczowe, przeto nic dziwnego, że nawet laseczniki durowe mogą wytworzyć w wolu ropień; jeśli mimoto ropień w durze zdarza się tak rzadko, to ta okoliczność, zdaniem B., tłómaczy się tem, że gruczoł tarczowy wydziela jakieś produkta, które łączą się z toksynami drobnoustrojów i czynią je nieszkodliwemi. Rokowanie w durowem zapaleniu wola jest, zdaniem B., pomyślne.

Wojciech Kozłowski (Ptbg.).

Spatokukockaja. **Przypadek rozległego wycięcia jelita cienkiego.** (*Russkij Wracz* 1906, Nr 2). Chory, 20-letni, był operowany w szpitalu Obuchowskim w Petersburgu wskutek uwięźnięcia przepukliny pachwinowej, które nastąpiło na 2 godz. przed wstąpieniem chorego do szpitala. Po rozcięciu worka przepuklinowego wylał się płyn cuchnący; w worku leżało jelito biodrowe. Jelito było mocno przekrwione, a część jego około 15 ctm. długości, była już ciemnozielonej barwy; jednocześnie były oznaki zapalenia otrzewnej. Po wycięciu zmienionych części połączono jelito (bocznie) guzikiem Murphyego. Wycięto 318 ctm. jelita: na 36 dzień rana zagoiła się. 60-go dnia po operacyi S. przeprowadziła badania nad przyswajaniem białka i tłuszczu i doszła do wniosku, że pod tym względem żadnej zmiany niema; waga ciała w przeciągu 2 miesięcy podniosła się o 8 funtów. Na zasadzie tych badań, zarówno jak i przypadków Fantino i Ruggiego dochodzi autorka do przekonania, że wycięcie połowy jelita nie sprowadza zboczeń w rozkładzie i przyswajaniu przez ustrój pokarmów. *Wojciech Kozłowski* (Ptbg.).

Cuberbiller. **Przypadek bliznowatego zwężenia przełyku po płonicy.** (*Medic. Obozrenije* 1906, Nr. 1). Rzadki przypadek wyleczenia bliznowatego zwężenia przełyku po płonicy elektrolizą z następowem rozszerzeniem pod nadzorem oka przy pomocy ezofagoskopu. Chora, 21-letnia, zwróciła się do kliniki prof. Szerwińskiego (Moskwa) ze skargami na wymioty po każdem jedzeniu i nawet po użyciu płynów, zaparcie stolca i ogólne osłabienie. Mając 4 lata, przechodziła chora płonicę. W $1^1/_2$ tygodnia po chorobie, w okresie zdrowienia, zjawiły się wymioty po wszelkich pokarmach oprócz mleka; wymioty męczą chorą i obecnie, zjawiając się 2—3 minuty po spożyciu pokarmu. W ciągu 17 lat chora żywiła się wyłącznie mlekiem. Chora jest nadzwyczaj osłabiona i niedokrwista. Oprócz płonicy żadnych innych chorób nie przebywała. Przy badaniu przełyku zgłębnik napotykał w odległości 32 ctm. od zębów przeszkodę, przez którą z wielkim trudem przechodziła świeczka o średnicy 7 mlm. Ezofagoskopia w tem miejscu wykazała bliznę w postaci twardej włóknistej białej obrączki, naokoło której było zagłębienie. Część przełyku ponad zwężeniem była mocno naciekła, znacznie rozszerzona i nie zapadała się. Autor zastosował elektrolizę co drugi dzień z następowem rozszerzaniem świeczkami. Katodę łączono z elektrodą, wprowadzoną do przełyku, anodę zaś z elektrodą na rękojeści mostka; każde posiedzenie trwało 5 minut; siła prądu wynosiła początkowo 5 M. A. i stopniowo pod koniec posiedzenia dochodziła do 20 M. A. Zaraz po elektryzacyi autor wprowadzał świeczkę, z początku o średnicy $5^1/_2$ mlm., potem coraz grubszą. Po $2^1/_2$-miesięcznem leczeniu chora opuściła klinikę zupełnie zdrowa; miesiączka zjawiła się pierwszy raz w życiu. Przy ezofagoskopii na miejscu blizny stwierdzono wtedy zupełnie prawidłową błonę śluzową; ani zwężenia, ani rozszerzenia przełyku nigdzie nie było. *Z. Orłowski* (Ptbg.).

B. Niederle. **O przewlekłem śródmiąższowem zapaleniu trzustki.** (*Sbornik klinický* 1906, Nr. 4). Od kiedy zwrócono uwagę na ważną rolę, jaką odgrywa kamica żółciowa w powstawaniu przewlekłego zapalenia trzustki, poznano nieco lepiej tę chorobę, której rozpoznanie było często niemożliwe, a zawsze trudne. Autor operował przypadek z nader ciężkimi objawami, w którym rozpoznano kamicę żółciową, a dopiero laparotomia wykryła przewlekłe zapalenie trzustki. Po gastroenterostomii nastąpiło zupełne wyleczenie. Celem poznania zasadniczych objawów przewlekłego zapalenia trzustki należy zestawić znaczną liczbę przypadków. Rzeczą jest pewną, że: 1) głównym czynnikiem w zapaleniach trzustki jest ścisły związek między trzustką, a żołądkiem, dwunastnicą i przewodem żółciowym i że zajęcie tych narządów może bądź przez styczność (*per contiguitatem*), bądź przez wstępujące zakażenie wywołać przewlekłe zapalenie trzustki; 2) istnieją liczne przypadki przewlekłego zapalenia trzustki, wywołanego przez choroby ustrojowe (kiła, miażdżyca tętnic). Przewlekłe zapalenie trzustki może być pierwotnem lub też nastąpić po ostrem zapaleniu. Siedzibą jego bywa często głowa trzustki. Jakkolwiek objawy są bardzo podobne do objawów wątrobowych, to jednak jest między nimi różnica nawet w tych przypadkach, w których trzustka uległa zmianom wskutek kamicy żółciowej. Siedzibą bolów przy zapaleniu trzustki jest prawie zawsze nadpępcze, a nie okolica pęcherzyka żółciowego. Wymioty pojawiają się niezbyt często (w przypadku autora były one niepowstrzymane). Żółtaczka jest objawem bardzo stałym. Pęcherzyk żółciowy bywa innej wielkości przy zapaleniu trzustki, wynikłem z kamicy żółciowej, a innej przy raku trzustki. Bardzo ważnym objawem jest guz, macalny w nadpępczu, mało ruchomy i bolesny przy dotykaniu. Wszelako w znacznej większości przypadków można go stwierdzić tylko dopiero przy operacyi. Wychudnienie i gorączka bywają częste, cukromocz bardzo rzadki. Rozpoznanie bywa zawsze trudne; pozostaje wątpliwem nawet po laparotomii, a w rozpoznaniu między rakiem, a zapaleniem rozstrzyga klinicznie tylko zniknięcie guza i wyleczenie; badanie histologiczne może rzecz wyjaśnić. Próba moczowa Cammidgea niema znaczenie rozpoznawczego. Leczenie jest zawsze chirurgiczne, o ile chodzi o ciężki przypadek. Rokowanie w przewlekłem zapaleniu trzustki nie jest zbyt ciężkie, śmiertelność po operacyach niewielka. *Dr. Blassberg.*

POŁOŻNICTWO I GINEKOLOGIA. Prof. Orłow. **Przypadek całkowitego pęknięcia macicy z następowem wydaleniem płodu do jamy brzusznej w czwartym miesiącu ciąży.** (*Izwiestja wojenno-medicinskoj Akademii* Nr 4, 1906). Chora, l. 25, rodziła cztery razy, z tego 3 porody czasowe, a czwarty przed rokiem przedwczesny w ósmym miesiącu; ostatnia regularność 24 września 1905 roku; na klinikę zgłosiła się 16 stycznia 1906. Tegoż dnia rano przed przyjęciem na klinikę udała się do szpitala z powodu silnego krwawienia z macicy. Lekarz szpitalny rozpoznał poczynające się poronienie ze znacznem krwawieniem i ponieważ ujście było jeszcze zupełnie zamknięte, rozszerzył szyjkę macicy zapomocą świeczki Hegara, a następnie przystąpił do wydalenia płodu i wyłyżeczkowania, co mu się jednak nie udało: wynikiem tego zabiegu było tylko oderwanie rączki i nóżki i wydobycie części łożyska, równocześnie z czem z jamy macicy pokazała się sieć. Wobec tego zatamponowano macicę i pochwę i odesłano chorą do kliniki, gdzie wobec całkowitego pęknięcia macicy przystąpiono do laparotomii. Po otwarciu jamy brzusznej wypłynęła z niej znaczna ilość krwi. Płód leżał swobodnie pośród pętli jelit, macica w tyłozgięciu, przednia jej ściana zupełnie pęknięta na przestrzeni 8 ctm. od dna prawie aż do części pochwowej; otrzewna, pokrywająca przednią ścianę macicy, zygzakowato przerwana. Z macicy wydalono resztki łożyska i przemyto jamę macicy 5 prc. roztworem kwasu karbolowego, następnie zeszyto przerwaną ścianę i otrzewną; część sieci, która poprzednio znajdowała się w jamie macicy, odcięto i zaszyto powłoki brzuszne. Na czternasty dzień po operacyi chora wstała, a na dziewiętnasty opuściła klinikę zupełnie wyleczona; przebieg pooperacyjny był bezgorączkowy, bo tylko pierwszego dnia pod wieczór ciepłota podniosła się do 37·4° C. Przy badaniu oburęcznem znaleziono macicę w przodozgięciu, ruchomą, nie bolesną, a miejsce, gdzie założono szwy, nie było stwardniałe, ani zgrubiałe. Nie ulega wątpliwości, że nader rzadkie pęknięcie ściany macicy było w tym przypadku wywołane zapomocą świeczki Hegara, która weszła przy wprowadzeniu w fałszywym kierunku, do czego przyczyniło się i tyłozgięcie macicy, i przebiła przednią ścianę dolnego odcinka macicy. Otwór jeszcze się powiększył po zastosowaniu łyżeczki (kirety) i płód siłą skurczów macicznych został wydalony do jamy brzusznej. Co się tyczy leczenia pęknięcia macicy, to, zdaniem autora, należy o ile możności unikać wyłuszczenia macicy i w przypadkach całkowitego pęknięcia przystępować natychmiast do laparotomii, wydobycia płodu i łożyska z następowem zaszyciem pękniętej ściany, w przypadkach zaś pęknięć niezupełnych poprzestać na leczeniu zachowawczem, nie operacyjnem. *Bolesław Swolkień* (Ptbg.).

Docent Popow. **Pierwotna gruźlica macicy.** (*Russkij Wracz* 1906, Nr 12 i 15). P. (Ptbg.) opisuje przypadek pierwotnej gruźlicy macicy. Chora, 39 l., z dziedziczną kiłą po 15 ciążach, z których 10 skończyło się prawidłowymi porodami, w 3 lata po ostatniej ciąży dostała miesiączkowania, ktore trwało 2 tygodnie. Zwykle miesiączka trwała przez 3 dni i przychodziła co 3—$3^1/_2$ tygodni. Po ostatniej miesiączce zostało krwawienie, którego nie usuwały żadne środki tamujące. Szczegółowe badanie narządów płciowych wykryło na przedniej wardze macicy wrzodziejącą powierzchnię trójkątną, kątem skierowaną ku wewnętrznemu ujściu macicy; powierzchnia wrzodu była brodawkowata i krwawiła. Badanie drobnowidowo kawałka tkanki, wyciętego w okolicy wrzodu, wykryło gruźlicę. Wyjaśniwszy charakter wrzodu, P. przystąpił do operacyi. Po rozcięciu części pochwowej i rozszerzeniu wewnętrznego ujścia macicy wymacano palcem na przedniej ścianie jamy macicznej nierówną brodawkowatą powierzchnię. Przypuszczając, że ta powierzchnia jest też wrzodem gruźliczym, autor wyciął macicę całkowicie przez pochwę. Jajniki i jajowody, jako nie zmienione, zostawiono w całości. Pooperacyjny przebieg był dobry; chora wyszła ze szpitala na 18 dzień. Szczegółowe badanie patologiczno-anatomiczne wyjaśniło, że gruźlica w tym przypadku usadowiwszy się najpierw na przedniej wardze szyjki macicy, rozszerzyła się następnie w głąb warstwy mięśniowej i szerząc się w tkance łącznej tej warstwy, dotarła na powierzchnię błony śluzowej dopiero w jamie macicznej, pominąwszy w ten sposób ujście wewnętrzne. Autor zalicza swój przypadek do wstępującej pierwotnej gruźlicy macicy.

R. Śliwiński (Ptbg.).

Wiadomości zawodowe i ogólno-lekarskie.

Medycyna społeczna. Epidemiologia. Statystyka.

Stan epidemii w Galicyi. W czasie od 13 do 19 maja 1906 r. doniesiono o nowych przypadkach: ospy 5 przypadków w 3 gminach, a mianowicie pow. Chrzanów (Byczyna 1), Dąbrowa (Hubenice 1), Tarnów (m. Tarnów 3); duru plamistego 65 przypadków w 20 gminach, a mianowicie w powiatach Brzeżany (Glinna 2, Chorobrów 1), Brzozów (Dynów 3), Buczacz (Dobropole 1), Dolina (Olchówka 10), Horodenka (Żuków 6), Jaworów (Zawadów 4), Myślenice (Pcim 4, Sułkowice 4), Nadwórna (Łanczyn 4, Zielona 3), Sambor (Dorożów 1), Śniatyn (Potoczek 2, Budyłów 1, Podwysoka 3), Stryj (Kalne 1), Tłumacz (Korolówka 4), Złoczów (Bużek 3, Bełzec 7). Zborów (Korszyłów 1); nagminnego zapalenia opon mózgowo-rdzeniowych 39 przypadków w 24 gminach, a mianowicie m. Lwów 1, m. Kraków 1, w powiatach Bochnia (m. Bochnia 1, Ujazd 2, Krzeczów 2), Cieszanów (Narol m. 2), Chrzanów (Poręba 1, Paczołtowice 3), Gorlice (Turza 1, Łużna 1), Jarosław (Wiązownica 1), Jasło (Jasło 1, Sobniów 1), Kołomyja (Kołomyja 1), Pilzno (Pilzno 1, Jazwiny 3, Demboszyn 2), Przemyśl (Tarnawce 2), Przeworsk (Markowa 1), Rawa (Rawa 2), Ropczyce (Stobierna 2, Kawęczyndęb 1), Wadowice (Przeciszów 1), Biała (Rybanowice 5). *Z.*

Ruch ludności w Krakowie. Między 13 a 19 maja b. r. urodziło się dzieci żywo 46, nieżywo 4; zmarło osób 71 (obcych (25; z tego z gruźlicy 21 (8), zapalenia płuc 3 (1), błonicy 1 (1), krztuśca — (—), ospy — (—), płonicy 1 (—), odry 5 (—), duru osutkowego — (—), duru brzusznego 2 (—), czerwonki — (—), innych chorób zakaźnych 2 (—), śmierci gwałtownej 1 (1).

Choroby zakaźne we Lwowie. Od 6 do 12 maja zgłoszono przypadków błonicy 2 (obcych 2), krztuśca 1, płonicy 3, odry 1, duru osutkowego 0 (1), duru brzusznego 0 (1), zapalenia opon nagminnego 1 (1); w tymże czasie zmarł z płonicy 1.

Wiadomości bieżące.

Z uchwały Wydziału lekarskiego Uniwersytetu Jagiellońskiego i Towarzystwa lekarskiego krakowskiego wydawanym będzie dla pomieszczenia obszerniejszych prac lekarskich, zwłaszcza nie służących bezpośrednio celom medycyny praktycznej, w niestałych odstępach czasu »Rocznik lekarski« w postaci zeszytów, z których każdy tworzyć będzie zamkniętą całość. Pierwszy zeszyt tego wydawnictwa obejmie ważną i cenną pracę docentów Droby i Kucery p. t.: »Badania epidemii zapalenia opon mózgowo-rdzeniowych w Galicyi w r. 1905«. »Rocznik« otrzymają nasi czytelnicy jako bezpłatny dodatek do »Przeglądu lekarskiego«. Zeszyt pierwszy rozesłany będzie w najbliższym czasie.

— *Z Izby lekarskiej zachodnio-galicyjskiej otrzymaliśmy następujące pismo:*

Wydział Izby lekarskiej zachodnio-galicyjskiej poszukuje kilku stenografów na Wiec Izb lekarskich austryackich, który odbędzie się w Krakowie w pierwszych dniach października b. r., a trwać będzie 2 do 3 dni. Warunek niezbędny: biegłość w stenografii niemieckiej, gdyż obrady toczyć się będą w języku niemieckim. Wśród ubiegających się pierwszeństwo mieć będą lekarze lub medycy. Zamiejscowym oprócz umówionego z góry honoraryum zwrócone zostaną koszta podróży do Krakowa i z powrotem. Ze względu, że już teraz wpływają zgłoszenia z Niemiec, a Wydział Izby pragnie w pierwszym rzędzie siłom krajowym robotę tę powierzyć, należy zgłaszać się jak najrychlej wprost do Prezydenta Izby prof. Wicherkiewicza w Krakowie, ul. Zgoda l. 7.

Z Wydziału Izby lek. zachodnio-galicyjskiej.

Dr Langie, sekretarz Izby.

Kraków. Wydział Izby lekarskiej zachodnio-galicyjskiej odbył dnia 6 maja b. r. posiedzenie, na którem prócz wielu spraw administracyjnych toczyła się dalsza dyskusya nad utworzeniem biura informacyjnego dla lekarzy, oraz nad akcyą obronną wobec jednej z Kas chorych, która do pewnego stopnia ma cechy kasy majsterskiej. W tym samym dniu odbyła posiedzenie Rada honorowa; uchwalono rozpisać dwie rozprawy honorowe i wezwać jednego z lekarzy, aby usprawiedliwił się przed Izbą z ubliżających mu zarzutów, ogłoszonych w jednem z pism publicznych. *L.*

— Polskie Towarzystwo balneologiczne wniosło do Rządu podanie o subwencyę 1,000 koron na zakupno przyrządów do badania promieniotwórczości zdrojów, na co otrzymało obecnie odpowiedź z Namiestnictwa galicyjskiego, że podanie to wtedy mogłoby być poparte u władz wyższych, gdyby było wiadomo, kto i w którem zdrojowisku badania podejmie i czy w tem zdrojowisku stwierdzono już pierwiastki promieniotwórcze. Na podanie zaś o subwencyę na nagrodę konkursową za pracę o działaniu wody krynickiej w chorobach narządu moczowego odpowiedziało Namiestnictwo, że subwencya ta będzie mogła być udzieloną po ukończeniu ścisłych rozbiorów chemicznych zdrojów »Słotwińskiego« i »Karola«, ujętych niedawno w nowe cembrzyny i po tem ujęciu jeszcze dokładnie niebadanych.

— Na Wydział lekarski w Krakowie zapisało się w półroczu letniem b. r. 351 słuchaczy zwyczajnych, (w tej liczbie 29 słuchaczek zwyczajnych).

Lwów. X posiedzenie naukowe Towarzystwa lekarskiego lwowskiego odbyło się 18 maja 1906. 1) Dr Leńko przedstawił przez wziernik uchyłek w pęcherzu beleczkowatym. Chory przebył przed 18 laty wiewióra; przed 14 laty utworzył się naciek około cewki, sprawiający dolegliwości w oddawaniu moczu. Naciek nacięto, a następnie rozszerzano cewkę. Od kilku miesięcy skarży się chory na częste oddawanie moczu i towarzyszące temu pieczenie; mocz mętny. Przez cystoskop widać w miejscu ujścia lewego moczowodu uchyłek wielkości orzecha laskowego, dalej dokładnie beleczki przerosłego mięśnia, a między niemi kilka mniejszych uchyłków. Na ścianach pęcherza widoczne złogi fosforanów, w miejscach, gdzie były przedtem owrzodzenia. Leczenie polega na przepłukiwaniu pęcherza rozczynem kw. borowego i azotanu srebrowego; dolegliwości wskutek tego stały się mniejsze, mocz czysty. Operacyi ze względu na wiek chorego i zabieg zbyt duży prelegent nie doradza. 2) Doc. Bednarski przedstawił dziecko 4-letnie, które od 2. roku życia nie widzi. Badanie dna oka stwierdza w obu oczach, głównie zaś prawem, tarczę bladą, jakkolwiek nie widać śladów po przebytem zapaleniu nerwu. Czaszka nieforemna, przypomina głowę cukru, szew strzałkowy zgrubiały, wystający jak grzebień, gałki oczne wysadzone. Przyczyną zaniku nerwu wzrokowego przy czaszce wieżowatej może być wąskość *foramen opticum* i ucisk na nerw wzrokowy. Ojciec chorego i jedna z sióstr cierpią również na zanik nerwu wzrokowego. 3) Doc. Herman okazał model gorsetu wyciągowego do leczenia garbu Potta u dorosłych. Zaleta tego gorsetu polega na tem, że nietylko ustala kręgosłup, ale równocześnie wyciąga go za głowę i biodra, przyczem stopień wyciągania może być należycie stopniowany. W dyskusyi przemawiał dr Stauber. 4) Dr Reiss przedstawił *a*) chorą 16-letnią, dotkniętą gruźlicą pierwotną spojówki gałkowej, co stwierdzono badaniem bakteryologicznem. Mimo operacyi sprawa się pogarsza; bystrość wzroku dziś już tylko 1/3. Prof. Machek jest za wyłuszczeniem oka tam, gdzie gruźlica usadowiła się już w głębszych częściach oka (tęczówce), gdzie oko niewątpliwie skazane jest już na zagładę. W przypadku niniejszym, gdzie gruźlica zajmuje spojówkę i powierzchowne warstwy twardówki, inne zaś części oka są jeszcze niezajęte i prócz zmętnienia ciałka szklistego zmian niema, można jeszcze wyłuszczenie odłożyć. Dalej przedstawił dr Reiss *b*) chorego 30-letniego z kiłowym wrzodem spojówki, u którego rozpoznanie potwierdziło się wkrótce przez wystąpienie znamiennych guzków kiłowych na czole, wreszcie miał *c*) odczyt p. t. »Nauka o odporności w okulistyce«. *L.*

— Na Wydział lekarski we Lwowie zapisało się w półroczu letniem b. r. 120 słuchaczy.

Warszawa. W przytułku w Drewnicy (pod Warszawą), utrzymywanym przez Towarzystwo opieki nad obłąkanymi, służba zastrajkowała, stawiając tak wygórowane żądania, że Towarzystwo musiało zamknąć przytułek i pomieszczonych tam przeszło 100 chorych umieścić, gdzie się udało (»Gaz. lek.« 18).

— Lekarze, delegowani z Polski i Rosyi, odbyli w końcu kwietnia b. r. z lekarzami pruskimi w Toruniu konferencyę w sprawie zwalczania zagrażającej epidemii cholery. (»Gaz. lek.« 18).

Petersburg. Egzamina państwowe na stopień lekarza rozpoczną się w uniwersytetach rosyjskich 1 września s. s.; podania o dopuszczenie do egzaminów wnosić należy między 20 lipca a 29 sierpnia. Do egzaminów tych będą dopuszczeni i ci słuchacze, którzy do r. 1904 studyowali przez 9 półroczy.

— Lekarze z dyplomami zagranicznymi, dopuszczeni na czas wojny rosyjsko-japońskiej do posad lekarskich w Rosyi, mogą pozostać na nich tylko do 1 lipca b. r.

— Oprócz 6 lekarzy Polaków, wybranych z Królestwa polskiego, zasiada w sejmie państwowym rosyjskim (dumie) 11

lekarzy, wybranych z różnych stron Rosyi. Z Polaków lekarzy jeszcze wybrany został posłem z Płocka dr Aleks. Maciesza.

Z różnych stron. Przeciw zamierzonemu w Niemczech osiedlaniu chorych na gruźlicę robotników w koloniach afrykańskich oświadczyły się berlińskie kasy chorych, gdyż byłoby to próbą, której skutek dla zdrowia tych chorych nie jest pewny, a dla ich bytu materyalnego byłby prawdopodobnie bardzo niekorzystny, a do tego próbą bardzo kosztowną i narażającą fundusze zakładów ubezpieczeń.

— Prof. Schatz, znany ginekolog, dyrektor kliniki położniczej w Rostocku, został podobno złożony z urzędu z powodu sprzeniewierzenia 50,000 marek. Podobno jest chory umysłowo.

Mianowani: Dr Władysław Mazurkiewicz asystentem przy katedrze farmakologii we Lwowie, p. Natalia Horowitzówna demonstratorką przy katedrze anatomii patologicznej (jest to pierwsza kobieta, mianowana we Lwowie demonstratorką).

Zmarli: b. prof. uniwersytetu bukaresztеńskiego dr Scheiber w Peszcie; b. prof. uniwersytetu strasburskiego Hecht w Nancy; syfilidolog prof. Tarnowski z Petersburga, w Paryżu w 68 r. ż.;

dr B. Mihowicz, lekarz miejski w Rozdole, na dur brzuszny w 40 r. ż.

Bibliografia:

— *Medycyna* Nr 20. Grosglik: Przypadek nadnerczaka i kamienia w nerce miedniczej powikłany niezwykłą postacią dystopii śledziony. Leśniowski (c. d. z Nr 19).

— *Tygodnik lekarski* Nr 20. Blumenfeld: O acnitis (Barthelemy). Kołaczkowski: Stopień kwasoty treści żołądkowej, a stan krwi. Fels: Statystyka złamań i zwichnięć.

— *Nowiny lekarskie* Nr 5: Gerzabek: Przyczynek do kazuistyki ropni płucnych. Bogdanik: O zachowawczem i operacyjnem leczeniu gruźlicy stawów i kości. Grodecki: Przypadek „rupturae hepatis transversae totalis".

— *Czasopismo lekarskie* Z. 4: Szenk: W sprawie leczenia szkarlatyny surowicą swoistą. Pełczyński i Fidler, Mazurkiewicz, Sochacki, Łuniewski i Borowiecki (dok. z Nr 3). Grodecki: Wartość lecznicza Birsztan w świetle cyfr. Puławski: Sprawozdanie lekarskie z Zakładu w Nałęczowie za r. 1905.

— *Przegląd zdrojowy* Nr 4: „Ankieta zdrojowisk". Ciąg dalszy artykułów Gąsiorowskiego i Skórczewskiego.

— *Przewodnik kąpielowy* Nr 3. Korczyński: W przededniu ankiety balneologicznej. Wąsowicz: Sprawozdanie z obrad ankiety balneologicznej.

— *Časopis lékařův českých* Nr 20. Scherer: Vyznam studia nejútlejšiho věku dětského a jeho choroby. Babor: Přispevek k histogenesi elementů nervových. Kubr: Primarni tracheobronchogenni karcinom. Michal: Demonstrace chir. připadů z nemocnice vinohradske.

— *Liječnički Vijestnik* Nr 5. Zirovčić: Ubojstvo u pomućenom duševnom stanju. Nemičić: Spirochaete pallida. Sattler: O nalezenju „spirochaeta pallida" kod sifilisa. Jurčić: Malum perforans pedis.

— *Russkij Wracz* Nr 17. Raczyński: W sprawie organizacyi pomocy położniczej. Aleksandrow: W sprawie leczenia urazowych żyłotętniaków. Kirikow: W sprawie trawienia żołądkowego przy cierpieniach żółtaczkowych. Abelman: Albuminaria orthostatica. Tomaszewskij: Przyczynek do techniki przekrwienia zastoinowego. Marmorsztajn: W sprawie ostrego rozszerzenia serca.

— *Semaine médicale* Nr 20. Bard: Rytm cwałowy w przeroście serca lewego, jego mechanizm i znaczenie kliniczne.

— *Presse medicale* Nr 38. Desfosses: O bocznem skrzywieniu piersiowej części kręgosłupa. Sabrazes, Bonnes i Parsat: Macroglossitis oedematosa acuta. — Nr 39. Tuffier, Mauté i Auburtin: Późna śmierć wskutek chloroformu. Hartenberg: Kiedy należy przepisywać brom chorym nerwowym?

— *Wiener klin. Wochenschrift* Nr 20. Jagić: O utrwalaniu preparatów krwi acetonem. Füster: Doświadczalne przyczynki do sprawy znajdowania się prątków gruźliczych w siarze i mleku matczynem. Meller: O rekto-romanoskopii. Kern: Przypadek „gastroenteroanastomia spontanea". Fürth: Wyjaławianie blaszecznicy i jego znaczenie praktyczne.

— *Deutsche mediz. Wochenschrift* Nr 20. Mendel: Połowiczy ból głowy. Jochmann: Doświadczenia w sprawie seryodyagnostyki i seroterapii nagminnego zapalenia opon. Einhorn: Uwagi o odczynie desmoidowym Sahliego. Schirmer: Badania doświadczalne i kliniczne nad powstawaniem zaniku gałki ocznej. Mühlens: O hodowaniu krętków zębowych i prątków wrzecionowatych na sztucznych (stałych) podłożach. Bürgi: O kamykach płucnych. Hirsch: O przypadku zranienia nerwu pośrodkowego z rzadkiemi zaburzeniami odżywiania. Hoffa (dok. z Nr 19).

— *Münchener medic. Wochenschrift* Nr 20. Denker: Nowa droga operowania złośliwych nowotworów nosa. Küster: W sprawie sporadycznego pojawiania się zapalenia opon mózgowordzeniowych (Weichselbaum). Herff: Zapobieganie wiewiórowemu zapaleniu oczu zapomocą sopholu. Hohmann: Postępy w leczeniu stopy płaskiej. Racine: O znieczuleniu ścięgna Achillesa na ból w wiądzie. Hartung: Dlaczego porażenia nerwu strzałkowego są częstsze od porażeń nerwu piszczelowego? Rosengart: Kilka przyczynków do klinicznych przejawów miażdżycy naczyń brzusznych. Hagen: Usypianie mieszaniną gazów zapomocą przyrządu Roth Drägerowskiego. Martin: Symetryczne tłuszczaki grzbietu rąk u murzynów. Jäger: Guz lewej połowy twarzy, wychodzący ze sklepienia gardła.

— *Berliner klin. Wochenschrift* Nr 21. Karewski: O katgucie gotowym do użytku, trwale jałowym. Heinsheimer: Doświadczenie w balneoterapii. Ehrlich i Apolant: Odpowiedź na artykuł Bashforda „W sprawie metodyki doświadczalnych badań raka". Hansemann, Browning i Sachs, Deutschländer (c. d. i dok. z Nr 20). Helbron: Leczenie wrzodu rogówki.; nadto wykłady ze Zjazdu balneologicznego.

Redakcya otrzymała: Pieniążek: Diagnostic des tumeurs du cou et du mediastin d'après l'examen laryngoscopique. Odb. z „Revue hebd. de la yng." 1906. — Doc. dr V. Chlumsky: O masáži. V Praze 1906. Str. 100 i 57 rycin. — Giedroyć: Materyały do dziejów farmacyi w dawnej Polsce. Spis aptekarzy (w. XIV—XVIII). Warszawa 1906. — Opolski: Zur Reform des Irrenwesens. 1906.

Redaktor odpowiedzialny:
Prof. Dr. Stanisław Ciechanowski.

Towarzystwo lekarskie krakowskie odbędzie w środę d. 30 Maja 1906 o godzinie 6 wieczór **posiedzenie kliniczne**

w klinice okulistycznej

(Kopernika 40).

Spis lekarzy ordynujących w miejscach kąpielowych.

Ogłoszenie płatne. (Naśladownictwo zastrzeżone).

I. Zdrojowiska krajowe:

Bystra pod Bielskiem (Śląsk austr.).

Dr **Jekels Ludwik**,
właściciel i kierownik Zakładu.

Cudowa (Kudowa), Śląsk górny.

Dr **Brodzki Jan**, b. asyst. prof. Leydena, kierownik zakładu dla hydro- elektro- mechanoterapii.

Iwonicz.

Dr **Damański Emanuel.**
Dr **Gabryszewski A.**, Doc. chir. Uniw. lwow., lek. zakł.
Dr **Staniszewski Julian**, b. asystent Uniw. Jag., lek. zakł.

Jaworze (Śląsk austr.).

Dr **Czop Zygm.**, kierow. Zakł., stale od 1895 w Jaworzu.

Kosów.

lecznica fizyk.-dyetet. otwarta od Maja do końca Paździer.
Dr **Tarnawski**, właściciel i kierownik.

Krynica.

Dr **Aronsohn Julian**, („Krakus").
Dr **Cercha Maksymilian**, („Domek Szwajcarski").
Dr **Dębicki Klemens**, („Pod Jeleniem").
Dr **Ebers**, radca ces., kier. c. k. Zakładu wodoleczniczego.
Dr **Kmietowicz Franciszek**, (Willa „pod Kosynierem").
Dr **Lewicki Stanisław**, b. asyst. kliniki ginek. Uniw. lwow.
Dr **Mayer Józef**, (Łazienki borowinowe).
Dr **Wąsowicz Zygmunt**, („Pod Orłem").
Dr **Zarzycki Emanuel**, („Witoldówka").

Maryówka pod Lwowem, sanatoryum i zakład wodolecz.

Dr **Zakrzewski**, kierownik i właściciel Zakładu.

Morszyn. (Własność Towarzystwa lekarzy galicyjskich).

Rabka.

Dr **Cholewicz Fr.**
Dr **Lang Otokar**, lekarz okr.
Dr **Supiński Edmund**, lekarz zakładowy.

Rymanów.

Dr **Bielecki Ignacy**, lek. okręg.
Dr **Dukiet.**

Swoszowice (kąpiele mułowe, siarczane i elektryczne).

Dr **Trzciński B.**, lekarz zakładowy.

Szczawnica.

Dr **Górski Ksawery**, lekarz zakładowy (zimą w Abacyi).
Dr **Hammerschlag**, („pod Attylą").
Dr **Kołączkowski J.**, kierownik Zakładu wodoleczniczego i pensyonatu („Miedziuś"), ordynuje od 26 lat.
Dr **Kruszyński Kazimierz**, radca cesarski.
Dr **Żuliński Edward**, (Willa „Alma"), zimą w Meranie.

Truskawiec.

Dr **G. Gittelmacher** — Wilenko.
Dr **Krzyżanowski E.**, radca cesarski, lekarz zakładowy.
Dr **Pelczar Zenon.**
Dr **Praschil Tad.**, b. asystent Uniw. lwow., lekarz zakł.

Wisła (Zakład wodoleczniczy).

Dr **Zanietowski Józef.**

Zakopane.

Dr **Lewkowicz Ksawery**, Doc. Uniw. Jag., ord. w chorobach dzieci od 1 lipca do 15 października (ul. Sienkiewicza 15).

Żegiestów.

Dr **Piotrowski Tymoteusz**, lekarz zakładowy.

II. Zdrojowiska zagraniczne:

Baden pod Wiedniem.

Dr **Kümmerling Henryk**, (lekarz-Polak), Renngasse 3.

Bad Hall (Austrya górna).

Dr **Feuerstein Leon**, b. asyst. Uniw. lw. („Villa Söllradl").

Cieplice trenczyńskie.

Dr **Filipkiewicz S.**, lekarz zakładowy.
Dr **Wobr**, lekarz zakładowy.

Franzensbad.

Dr **Steinsberg**, (Stefanstrasse Villa „Dr Steinsberg").
Dr **Zeitner Józef**, (Kirchenstrasse „Stadt-Paris").

Gleichenberg.

Dr **Bulikowski St.**, (Villa „Höffinger" VI.).

Karlsbad.

Dr **Biernacki E.**, docent Uniw. lwow., (Haus „Nizza").

Kissingen.

Dr **Chłapowski Fr.**, radca sanitarny. Prinzregentenstr. 1.
Dr **Maciejewski J.**, („Villa Elsa"), ordynuje jak dawniej.

Kolberg (Kołobrzeg).

Dr **Weissenberg**, ord. jak corocz. w jęz. pol (zimą w Nervi)

Marienbad.

Dr **Harajewicz Władysław**, radca ces. („Villa Wahnfried").
Dr **Kwiatkowski St. B.** („Stadt Hamburg").
Dr **Liebeskind Józef**, („Haus Kronprinz").

Nauheim.

Dr **Jankowski Fr.**, („Hotel Europejski").
Dr **Łowiński.**

Oeynhausen (Westfalia).

Dr **Janta Połczyński**, specyalista w chorobach nerwowych.

„HYGEA“ CHEM.-FARM. LABORATORYUM M. ZAHRADNIK, APTEKARZ, ZŁOCZÓW.

Kapsułki lecznicze „HYGEA“

uznane przez Tow. lekarskie krakowskie za **najlepsze i najtańsze**

w pudełkach oryginalnych po 50 i 100 szt., oznaczonych stałemi cenami, napełniane: bals. kopaiwowym, kreosotalem („Heyden“), duotalem („Heyden“), kreosotem, gonorolem, gwajakolem, bromkiem kamfory, ichtyolem, libanolem, mentolem, morrhuolem, olejem rycynowym, olejkiem santałowym, terpentynowym, terpinolem, tranem, wyciągiem paproci, granatu i szaruchą i w. innymi lekami.

UWAGA: Aby uniknąć droższych, o wątpliwej jakości i dawce wyrobów, upraszam dodawać na receptach: „**fabr. ZAHRADNIK in scat. orig**“.

Dziurkowane pastylki sublimatowe „ZAHRADNIK“.

Zaletą dziurkowanych pastylek jest: **bardzo łatwa rozpuszczalność, dokładność dawek i taniość.**

Powtórne orzeczenie komisyi przemysłowo-lekarskiej: „Stwierdzono, że pastylki dziurkowane ze sublimatem M. ZAHRADNIKA, wyrób pod każdym względem znakomity, znaleźć powinny powszechne zastosowanie w praktyce chirurgicznej i położniczej“.

Proszę przepisywać i żądać tylko: 152

Pastilli Sublimati perforati „ZAHRADNIK“.

Piśmiennictwo i próbki na żądanie.

Wyrób i główny skład u Karola Jahra, apt. w Krakowie.

Zamiast Tranu, Jodu, Żelaza!

Pastilli Jodo-Ferrati comp. „Jahr“

Przetwór leczniczy składający się: z Kali jod 0·05 Ferratin 0·10 Calc. glycer. phosph. aa. 0·10 o przyjemnym smaku, wzmacniający, podniecający łaknienie, przyczyniający się do pomnożenia ciałek krwi i rozrostu kości.

Pastilli Jodo-Ferrati comp. „Jahr“ polecane są z dobrym skutkiem przy błednicy, niedokrewności i jej następstwach, zołzach, rachitis i t. p. 183

Dawka dzienna: dla dzieci 2—4 sztuk, dla dorosłych 6—9 sztuk.

Tylko w oryginalnych pudełkach zawierających 24 sztuk.

Cena 2 koron 50 halerzy.

Składy we wszystkich aptekach.

Polecone przez Świetne Tow. lekarskie krakowskie.

Z pomiędzy dziś znanych przetworów **żelazistych** jest najłatwiej strawnym i nie psującym zęby środkiem

LIQUOR MANGANO FERRI PEPTONATI

składu 0·60% Fe i 0·10% Mn wyrobu

APTEKARZA D MATULI W PODGÓRZU.



Polecany jako środek lekko strawny, pobudzający apetyt, w błednicy, braku krwi, malaryi, zołzach, w kobiecych i nerwowych słabościach.

Sposób użycia: Dzieciom do lat 12 daje się 2 razy dnia po łyżce od kawy z mlekiem; osoby dorosłe używają 2—3 razy dnia po łyżce stołowej.

Na składzie w każdej większej aptece. Cena 2 korony.

Wyrób krajowy tańszy o 25% od takiegoż niemieckiego Dr. Gudego, w Lipsku. 159

Dwie flaszki wysyłam franco

(Preparat ten wydaje się jedynie na przepis lekarza).

Najsmaczniejsze i dlatego najlepsze nowoczesne przetwory hemoglob. są

Perdynamin
i Lecithin-Perdynamin

Dawka 2 razy dziennie 1—2 łyżek, czysto lub z wodą, mlekiem lub winem.

Wskazania: błednica, niedokrewność, białaczka, suchoty, ozdrowienie, cierpienia nerwowe.

Cena 1 flaszki perdynamin K. 3·50.

Cena 1 flaszki — Lecithin-perdynamin K. 5·50.

Fabrykant 68

H. BARKOWSKI, Berlin, O. 27, Alexanderstrasse 22.

Zastępca na Austro-Węgry:

Mr. Camillo Raupenstrauch, emeryt. aptekarz,

Wiedeń II/1, Castellergasse 25.

Perdynamin i Lecithin-Perdynamin są idealnymi środkami nowoczesnymi pobudzającymi odżywienie z powodu ich rzeczywistej wartości dobrego smaku i znakomitego działania.

Do nabycia we wszystkich księgarniach

Dra Henryka Kümmerlinga

TERMY SIARCZANE BADEN POD WIEDNIEM.

Cena kor. 1·20. **Cena kor. 1·20.**

Skład główny w księgarni 233

G. GEBETHNERA i SPÓŁKI w Krakowie.

Cena w Warszawie: rocznie rb. 6 k.— półrocznie „ 3 „—

MEDYCYNA

Z przes. poczt. i zagranicą: rocznie rb. 7 k— półrocznie„ 3 „50

CZASOPISMO TYGODNIOWE DLA LEKARZY PRAKTYKÓW

wychodzi w Warszawie co sobotę w zwiększonym formacie i obejmuje: 1) Artykuły oryginalne ze wszystkich działów wiedzy lekarskiej. 2) Spostrzeżenia z klinik i szpitali. 3) Kazuistykę lekarską. 4) Najważniejsze wiadomości z dziedziny hygieny współczesnej. 5) Streszczenia, przekłady lub wyciągi z pism zagranicznych. 6) Wykłady kliniczne. 7) Sprawozdania z kongresów naukowych. 8) Krytykę i bibliografię. 9) Kwestye zawodowe. 10) Drobniejsze wiadomości. 11) Nekrologi. 12) Wiadomości bieżące krajowe i zagraniczne. 13) Wzmianki o dziełach nadesłanych do redakcyi. 14) Odpowiedzi od redakcyi. 15) Ogłoszenia i t. d.

Wydawca Dr. GURANOWSKI (Jasna 6). Redaktor Dr. med. SADOWSKI (Krak.-Przedm. Nr. 7. 103